

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 132

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

ET SON

SÉRO-DIAGNOSTIC

A l'Hôpital Civil de Toulon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mai 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PANÉ DIT DEVILLE VICTOR

Né à Toulon, le 9 Octobre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 132

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

ET SON

SÉRO-DIAGNOSTIC

A l'Hôpital Civil de Toulon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mai 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PANÉ DIT DEVILLE VICTOR

Né à Toulon, le 9 Octobre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophthalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		PONCE T.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.,).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE
--	--------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE.	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVJOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, Président ; M. BARRAL, Assesseur ;
MM. DOYON et PIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le professeur agrégé Pic. Qu'il reçoive ici l'expression de nos remerciements les meilleurs pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, et pour tous les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous ne devons pas oublier que M. Coreil, directeur du laboratoire municipal de Toulon, et M. Auer, chargé de la bactériologie, se sont mis à notre entière disposition pour faciliter nos recherches. Nous les en remercions bien sincèrement.

Enfin nous exprimons à M. le professeur Soulier notre plus profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en voulant bien présider notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous serons bref sur l'historique de la question que nous allons étudier, et nous ne relaterons que les points les plus saillants qui ont marqué l'histoire de l'agglutination des microbes.

Dans la séance du 9 avril 1896, au 14^e Congrès allemand de médecine interne, Gruber(1), de Vienne, fit la communication suivante, qui eut tant de retentissement dans le monde scientifique :

« Lorsqu'on verse 3 ou 4 milligrammes de bouillon de culture virulente du choléra dans un 1/2 centimètre cube de sérum d'un cobaye préalablement immunisé contre la même infection, le liquide d'abord uniformément trouble s'éclaircit bientôt et il s'y forme un dépôt. Le même phénomène se produit lorsqu'on emploie une culture de *bacille d'Eberth* et un sérum d'animal immunisé contre

(1) GRUBER. — *Deutsche medicin. Woch.*, n° 15, p. 234, 9 avril 1896.

l'infection typhoïdique. Si l'on étudie cette réaction sous le microscope, on voit les vibrions ou les bacilles d'abord libres, s'accoler les uns aux autres pour former un amas présentant au début quelques mouvements d'apparence plus ou moins amiboïde, puis progressivement immobilisé.

« Cette réaction, qui constitue un moyen de diagnostic des plus nets et des plus faciles à réaliser est spécifique ; mais, bien entendu, cette spécificité n'est absolue, comme dans toutes celles des diverses bactéries qu'autant qu'il s'agit d'espèces de virulence déterminée.

« La culture du bacille typhique versée dans un sérum immunisé contre le *bacillus coli*, pas plus que la culture du *bacillus coli* versée dans un sérum immunisé contre le bacille typhique ne donne lieu à la réaction. »

C'est à ce phénomène que Gruber proposa de donner le mot d'agglutination, mot qui en exprime la partie essentielle.

Deux mois plus tard, le 26 juin 1896, M. Vidal (1), dans une communication faite à la Société médicale des Hôpitaux, eut le mérite, en montrant que la réaction agglutinante existe, chez les typhiques, dès les premiers jours de la période d'état, d'ouvrir une nouvelle voie au diagnostic de la fièvre typhoïde ; il prouva en même temps par de multiples travaux, que la production de la substance agglutinante n'est pas

(1) F. VIDAL. — Séro diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société médicale des Hôpitaux*, 26 juin 1896

une réaction d'immunité, mais une réaction de la période d'infection.

M. Dieulafoy (1), M. Rendu (2), quelques jours après, confirmaient l'excellence de la méthode du séro-diagnostic.

M. Paul Courmønt (3), un mois après la publication du procédé de Widal, publiait ses recherches portant sur l'action du sérum de neuf typhiques, et prononçait le premier le mot de séro-pronostic.

De nombreux auteurs ont voulu appliquer à d'autres maladies que la fièvre typhoïde la méthode de M. Widal. Achard et Bensaude ont montré l'existence de la réaction agglutinante du sérum sur le microbe spécifique dans la peste; Bezançon et Griffon dans les pneumococcies; Rivière et Sabrazès dans le tétanos.

(1) DIEULAFOY. — Commun. faite à l'Acad. de Méd., 7 juillet 1896.

(2) RENDU. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 4 juillet 1896.

(3) P. COURMONT. — *Soc. de Biol.*, 5 juillet 1896.

CHAPITRE II

Séro-diagnostic. — Technique.

Tout le monde sait maintenant ce que l'on entend par séro-diagnostic. Ce procédé qui est basé sur l'agglutination du bacille d'Eberth en présence du sérum ou du sang d'un typhique, permet de fixer le diagnostic de la fièvre typhoïde, dans les cas où les symptômes classiques font défaut.

Voici en quoi consiste cette réaction :

Si l'on place sous le microscope une culture jeune, en bouillon, du bacille d'Eberth, on aperçoit tous les bacilles isolés et doués d'une extrême mobilité.

Mais, si dans un tube à expérience ou dans un verre de montre, on fait un mélange contenant 10 gouttes du bouillon de culture du bacille d'Eberth et 1 goutte de sang ou plutôt de sérum d'un malade atteint de fièvre typhoïde, on voit, à *l'œil nu*, le liquide devenir clair, et des flocons qui ne sont autre chose que des agglomérations de bacilles, tomber au fond du tube. Si l'on examine maintenant, au microscope, une préparation de ce mélange, on voit les bacilles s'agglo-

mérer en formant de petits tas, des îlots séparés par des espaces vides, qui sont parcourus par quelques rares bacilles, déjà beaucoup moins mobiles et comme attirés vers les amas.

Cette réaction agglutinante — particularité intéressante pour l'hygiène et la médecine légale — peut être même mise en évidence avec du sang desséché.

Tel est le phénomène auquel on a donné le nom de séro-diagnostic.

Nous ignorons encore les modifications que subissent les bacilles ainsi agglutinés.

Suivant Gruber, la membrane d'enveloppe des microbes se gonflerait sous l'influence de la substance agglutinante et ce gonflement leur permettrait de s'immobiliser, de se réunir en amas et de subir ensuite la bactériolyse.

Cette opinion est loin d'être universellement acceptée. D'ailleurs, l'action lysogène que l'on constate dans le phénomène de Pfeiffer est absolument différente et indépendante de l'action agglutinante.

M. Pfeiffer et, plus récemment, M. Kolle, parlent d'une action paralysante.

Il ne peut être question ici de phénomènes de paralysie. Car nous savons que les bacilles de cultures mortes, soit par la chaleur, soit par le formol se réunissent aussi en amas donnant ainsi la réaction agglutinante. Or il semble plus que bizarre que des bacilles morts soient frappés de paralysie.

L'époque d'apparition de la séro-réaction est variable. C'est généralement vers le 7^e jour de la fièvre

typhoïde qu'on peut la mettre en évidence. Mais ce n'est parfois que vers le 10^e ou 20^e jour.

L'agglutination disparaît ou s'atténue ordinairement dans les premières semaines de la convalescence ou dans le mois qui la suit. Mais il ne faut pas oublier que l'agglutination a été constatée huit mois, six ans et même vingt-six ans après la guérison de la fièvre typhoïde.

D'autre part, des expériences ont été faites par M. Widal, pour savoir si le sérum ou le sang de malades atteints d'affections diverses, pneumonie, tuberculose, rhumatisme, grippe, n'agglutinait pas les bacilles d'Eberth.

Nous abordons là une question délicate qui est en somme celle de la spécificité de la réaction agglutinante.

En effet, le bacille d'Eberth est-il le seul microbe qui se laisse agglutiner par un sérum typhique? Le bacille d'Eberth ne peut-il être agglutiné par un sérum non typhique?

Tous les auteurs ne sont pas d'accord.

Qu'il nous suffise de dire que chez les 163 typhiques examinés par Widal, lors de sa communication, une seule fois l'agglutination n'a pas eu lieu. Dans la statistique de M. Paul Courmont la proportion serait de 1 pour 255.

D'ailleurs, M. Widal, conseille de faire la mensuration du pouvoir agglutinant, dans tous les cas où la proportion de 1 pour 10 n'est pas sûrement positive. En effet, il n'y a que le sérum d'un malade atteint de fièvre typhoïde qui puisse donner encore des amas d'agglutination à 1 p. 50.

CHAPITRE III

De la substance agglutinante.

Le phénomène de l'agglutination paraît être le résultat d'une action passive de la part de la substance protoplasmique des microbes, action qui est sous l'influence d'une substance élaborée par l'organisme malade.

De quelle nature est cette substance? La question n'est point résolue d'une façon certaine. D'après MM. Widal et P. Courmont cette substance serait sinon de nature albuminoïde, du moins « entraînée dans les différentes humeurs de l'organisme à la faveur de substances albuminoïdes ». En effet, dans les liquides de l'organisme contenant peu de matières albuminoïdes, entre autres la salive, le liquide céphalo-rachidien, la réaction fait défaut. Mais il est juste de dire aussi qu'on a vu des substances albuminoïdes qui ne donnaient pas l'agglutination.

La substance agglutinante semble se trouver répartie inégalement dans l'économie. C'est le sang qui offre la puissance agglutinante la plus grande.

D'après M. P. Courmont, le rein, le foie, glandes à sécrétion externe, éliminent une partie de cette substance. Le sang veineux qui sort de ces glandes en contient moins que le sang de la circulation générale. En outre, les organes infectés par le bacille d'Eberth, rate, foie, ganglions mésentériques, renferment très peu de substance agglutinante.

La sérosité des vésicatoires, le lait des nourrices atteintes de fièvre éberthienne, les sérosités pleurale, péricardique, péritonéale, la bile, les larmes, donnent la séro-réaction.

Dans l'urine, l'agglutination peut se faire, mais elle est très variable et inconstante d'un jour à l'autre.

La substance agglutinante possède une très grande résistance. Le développement dans le sérum de divers microbes de l'atmosphère n'altère pas sensiblement le pouvoir agglutinant.

Des sérums conservés pendant quinze mois dans le laboratoire et sur lesquels s'étaient développées des moisissures ont donné encore la réaction.

Une température élevée vers 60°, d'après les expériences de MM. Nicolle, Halipré et Hayem ne détruit pas la propriété agglutinative. MM. Widal et Sicard, dans leurs expériences, se sont servis du lait qui, ne coagulant pas à la chaleur, se prête très bien à l'étude de l'action exercée par les hautes températures sur le pouvoir agglutinatif. Le lait d'une chèvre inoculée depuis trois semaines avec du bacille d'Eberth avait un pouvoir agglutinatif qui commençait à diminuer progressivement à partir de 66° et se

perdait après dix minutes de séjour à 75°. Ce lait fut examiné de nouveau après que l'animal eut été soumis pendant quatre mois à des inoculations successives. Le pouvoir agglutinatif de ce lait était alors augmenté et s'élevait à 1 pour 400. Après dix minutes de séjour à 75°, son pouvoir agglutinatif était alors très atténué, mais non complètement perdu. Par contre, ce lait chauffé à 80°, puis mélangé à parties égales avec une culture de bacilles d'Eberth ne déterminait pas la moindre agglutination, même après plusieurs heures de contact.

Telles sont les différentes propriétés de cette substance agglutinante dont l'origine et la nature sont encore si pleines de mystère pour nous.

CHAPITRE IV

Mensuration du pouvoir agglutinant. — Séro-pronostic.

Nous venons de voir, dans les chapitres précédents, par quel procédé rapide on peut mettre facilement en évidence la réaction agglutinante du sérum de typhiques. Mais ce n'est pas seulement l'existence de ce phénomène d'agglutination qui doit être étudiée, mais encore son intensité et sa marche.

M. Widal a montré qu'une goutte de sang de typhique peut agglutiner depuis 10 gouttes de cultures jusqu'à 10,000 gouttes et davantage. Il a donc cherché si cette mensuration faite aux diverses périodes de la maladie ne permettrait pas de tirer des déductions intéressantes pour la pratique ou pour la théorie.

Plus récemment M. P. Courmont pensa que les diverses variations constatées dans le pouvoir agglutinant n'étaient pas sans influence sur l'évolution de la maladie ou du moins sans rapports étroits avec elle.

Le premier, il eut l'idée de rechercher la valeur pronostique de la réaction agglutinante et de son intensité chez les typhiques. En effet, le 25 juillet 1896, c'est-à-dire un mois après la communication de M. Widal sur le séro-diagnostic, après avoir constaté des degrés dans l'intensité de la réaction agglutinante, variable avec l'intensité de la maladie, M. Courmont écrivait : « En présence de ces résultats on doit poser la question du *séro-pronostic* de la fièvre typhoïde, et penser que, par une analyse minutieuse des séro-réactions, de leur rapidité et de leur intensité, on pourra peut-être arriver à un pronostic expérimental des maladies. »

Quelques mois après, janvier 1897, M. P. Courmont publiait dans la *Presse Médicale* un article où il exposait les mêmes idées, basées sur cent cas de séro-diagnostic et où il établissait nettement le peu de durée de la réaction dans les fièvres atténuées et d'une façon générale, chez l'enfant.

M. Catrin avait fait, en octobre 1896, une communication à la Société médicale des Hôpitaux au sujet du séro-pronostic ; et il avait conclu, d'après l'observation de certains cas, que plus tardive et moins intense était la réaction, plus le pronostic semblait bénin.

A propos de cette communication, M. Widal avait fait de grandes réserves sur le séro-pronostic. « Jusqu'à présent, avait-il dit, le séro-pronostic est loin d'avoir la précision du séro-diagnostic, et je n'oserais porter le pronostic d'une fièvre typhoïde

rien qu'en examinant son sang, sans avoir vu le malade, comme j'en porte le séro-diagnostic. »

Aussi, d'après M. Courmont, pour arriver à des conclusions précises, il faut observer, du début à la fin de la maladie, et jour par jour, les variations du pouvoir agglutinant. A cette condition seulement, on peut arriver à connaître la marche de son intensité, et en déduire un élément important de pronostic de la fièvre typhoïde, comme on peut le faire de la marche du pouls et de la courbe thermique.

Quant à nous, nous avons les résultats de 15 observations dans lesquelles le pouvoir agglutinant a été pris le plus souvent possible et, malgré les conditions défectueuses de traitement et la gravité toute particulière de la maladie, conditions qui ont eu sans nul doute une influence sur les résultats obtenus, il n'est pas sans intérêt de constater que dans ces observations, la courbe agglutinante présente une valeur de pronostic incontestable.

Nous allons dire en quelques mots la méthode que nous avons suivie pour la recherche du pouvoir agglutinant.

1^o Prise du sang. — Le sang a été pris au bout d'un doigt, préalablement soigneusement lavé à l'éther, puis à l'eau bouillie, et recueilli dans un tube stérilisé.

2^o Culture. — Nous nous sommes servi de cultures liquides, en bouillon, jeunes. Pour éviter l'inconvénient des cultures en bouillon ordinaire qui peuvent présenter au bout de 24 heures, de nom-

breux amas, nous avons employé le bouillon de M. P. Courmont.

Eau	100
Peptone	2
Sucre	1

Ce milieu a l'avantage de ne pas donner d'amas spontanés ou du moins très peu. D'ailleurs, tous les 5 à 6 jours les cultures étaient réensemencées.

3^o Quant aux diverses proportions du sang et de cultures, et l'examen direct des mélanges, nous avons suivi la technique que donne M. P. Courmont dans sa thèse, en tâchant, ainsi qu'il le recommande, de nous placer toujours dans des conditions absolument identiques.

Pour éviter l'inconvénient de prendre une grande quantité de sang, le sang était dilué dans du bouillon stérile, 1 goutte de sang pour 10 gouttes de bouillon.

Nous avions à notre disposition une série de petits tubes en verre et des pipettes d'égale capacité.

La culture était répartie dans les tubes aux doses suivantes : 2 gouttes, 3 gouttes, 4 gouttes, 5 gouttes, 6 gouttes, etc.

On laissait tomber une goutte de sang dilué au dixième dans un des tubes contenant 2 gouttes, 3 gouttes, 4 gouttes, 5 gouttes, etc... de culture. On avait donc dans les tubes des mélanges à 1 p. 20, 1 p. 30, 1 p. 40, 1 p. 50, etc.

L'examen des tubes était fait au microscope au bout de 2 heures, et on examinait successivement

tous les tubes jusqu'à ce qu'on ne constatât plus d'amas et que tous les bacilles fussent mobiles.

Ainsi, par des mensurations nombreuses du pouvoir agglutinant, on constate que ce pouvoir agglutinant présente des variations très grandes suivant les différents sujets et les diverses périodes de la maladie où on le recherche.

M. Widal classait, d'après ses observations, le pouvoir agglutinant en 5 séries distinctes.

Dans la 1^{re} série le pouvoir agglutinant était très faible et inférieur à 1 pour 100.

Dans la 2^e le pouvoir agglutinant était faible, oscillant entre 1 pour 100 et 1 pour 200.

Dans la 3^e, il était moyen, oscillant entre 1 pour 200 et 1 pour 500.

Dans la 4^e, il était intense, oscillant entre 1 pour 500 et 1 pour 2000.

Dans la 5^e série enfin le pouvoir agglutinant était très intense, dépassant 1 pour 2.000.

Nous allons voir que, dans nos 15 observations, les courbes agglutinantes n'atteignent jamais un maximum élevé et que nous devons les classer toutes, excepté une, dans la première série de M. Widal où le pouvoir très faible, est inférieur à 1 pour 100.

Nous devons nous demander si nous sommes là en présence d'une série de cas exceptionnels ou bien s'il ne faut pas, à plus juste raison, incriminer tout à la fois et la gravité de la fièvre typhoïde et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Service des Femmes Fiévreuses, n° 30.

I. . . , Marie, âgée de 30 ans, entrée le 19 décembre.

Malade depuis quatre jours. Langue saburrale, violente céphalalgie, courbature, anorexie, pas de diarrhée. Température matin, 39°, soir, 39°6.

20 et 23 décembre. — La diarrhée apparaît, ventre douloureux, tendu. Gargouillement dans la fosse iliaque droite, épistaxis abondant, rythme respiratoire très accéléré. Toux légère, pas de râles. Température 38° matin et 39°2 soir. Pouls : 108.

25 décembre. — Pouls : 108. Taches rosées. Diarrhée profuse. Ventre toujours très douloureux, nouvel épistaxis ; râles ronflants et sibilants aux deux bases. Quelques rares crachats. Température matin, 37°9 ; soir, 38°8. P. A. 1 pour 30.

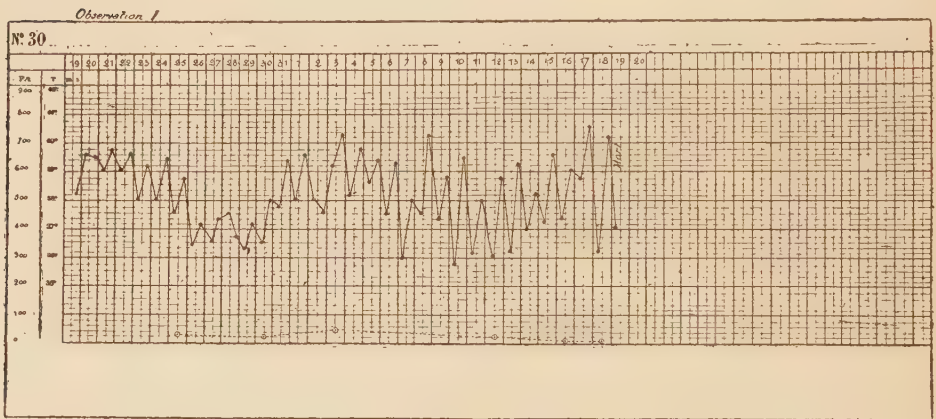
26 décembre. — Descente brusque de la température, 36°4, pas d'hémorrhagie, toux fréquente. Diarrhée toujours abondante. Pouls : 96.

30 décembre. — La température reste toujours voisine de la normale. Malade plus calme.

Expectoration difficile. Crachats épais et rares. Pouls : 96. Température 36°6 matin, 38° soir. P. A. 1. p. 20.

3 janvier. — La température remonte, les rémissions matinales étant bien accusées, $39^{\circ}2''$, $40^{\circ}2''$. Langue très sèche. Diarrhée moins forte, ventre toujours sensible ; urines très colorées, mais sans albumine. Oppression, pas de signes de myocardite. Pouls : 108°. P. A. 1 p. 50.

6 janvier. — Etat stationnaire, amaigrissement très considérable. Tendance au collapsus. Toux fréquente, gros râles muqueux, quelques sous-crépitaux aux deux bases ; crachats moins visqueux et moins rares.



Les courbes agglutinantes sont représentées en pointillé.....
Chaque point ○ indique une mensuration du pouvoir agglutinant.
La graduation est de 0 à 900.

7 janvier. — Descente brusque de la température, 36° . Pas d'hémorrhagie intestinale, ni de signes de perforation.

8-12 janvier. — Langue rôtie, lèvres et gencives recouvertes d'enduit fuligineux. Pouls misérable, délire tranquille. Adynamie de plus en plus prononcée. Diarrhée très abondante.

Bronches encombrées de mucosités.

Nombreux sous-crépitaux, surtout à la base droite. Température matin, 36° , soir. $38^{\circ}8$. Pouls : 120. P. A. 1 p. 20.

12-16. — Délire presque continu, état comateux, ventre tendu, diarrhée un peu moins forte. Sous-crépitaux très

nombreux à droite dans les $\frac{2}{3}$ de la hauteur du poumon. Grandes oscillations de température. Pouls 120. Température matin 37°4, soir, 39° P. A. 1 p. 10.

18 janvier. — Coma. Diarrhée de nouveau abondante. Langue de plus en plus sèche, urines très colorées, rares, albumine.

Expectoration nulle, respiration bruyante, soubresauts, carphologie. Température, matin 36°3, soir 40° 2. Pouls 120. P.A. 1 p. 10.

Décédée le 19 janvier.

En résumé : Le pouvoir agglutinant, pris vers le quinzième jour de la maladie, s'élève à peine à 1 pour 30. Le point maximum a été le dix-neuvième jour où le pouvoir agglutinant atteint 1 pour 50.

Cette forme de dothiéntérie, grave par ses tendances au collapsus et à l'adynamie qui se sont manifestés dès le vingtième jour, grave aussi par ses complications pulmonaires, s'est terminée par la mort, le pouvoir agglutinant oscillant, dans les derniers jours, entre 1 pour 10 et 1 pour 20. Le 19 janvier, jour de la mort, le pouvoir a été de 1 pour 10.

OBSERVATION II.

Service des Femmes Fiévreuses, n° 36.

S... Jeanne, âgée de 18 ans, entrée le 13 décembre 1899.

14 décembre. — Se dit malade depuis quatre jours. Céphalée. Anorexie. Langue saburrale. Pas d'épistaxis. Légère diarrhée. Ventre peu douloureux. Dit avoir eu un frisson, et se plaint d'un violent point de côté au mamelon

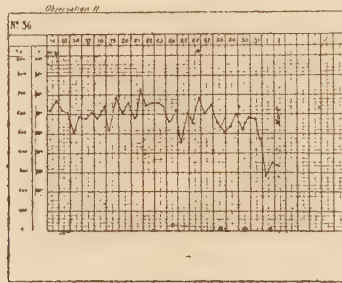
droit. A l'auscultation pulmonaire, foyer de râles crépitants à la partie moyenne du poumon droit, et submatité. Pouls 108. Temp. mat. $39^{\circ}2$, soir $39^{\circ}7$.

15 décembre. — Pouls 108. Point de côté aussi douloureux. Légère dyspnée. Crachats visqueux, ambrés, crépitants, fins. Diarrhée assez forte. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Insomnie. Sub-délirium. Temp. mat. $39^{\circ}2$, soir $39^{\circ}1$. Urines colorées chargées de sels. Léger anneau d'albumine.

17 décembre. — Pouls 110. Le point de côté est un peu moins douloureux. La diarrhée a augmenté. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression. Langue sèche. Temp. mat. $38^{\circ}8$, soir $39^{\circ}9$.

18 décembre. — Pouls 108. Souffle tubaire et foyers de râles crépitants. Diarrhée très forte. Abdomen très douloureux. La malade est très abattue. Temp. mat. $38^{\circ}9$, soir $39^{\circ}5$.

20 décembre. — Pouls 108. Souffle tubaire, râles humides sous-crépitanes aux deux temps de la respiration. Temp. mat. $39^{\circ}1$, soir $39^{\circ}5$.



21 décembre — Pouls 120. Souffle tubaire, sous-crépitanes. La température est, le soir, de $40^{\circ}3$. L'état s'est aggravé. Aspect typhique accusé. Langue sèche. Diarrhée très abondante. Au cœur les deux bruits sourds.

24 décembre. — Pouls 120. Température, matin, $38^{\circ}7$, soir $39^{\circ}2$. Le souffle tubaire diminue d'intensité, sous-crépitanes. L'état général est toujours mauvais. La rate est très douloureuse. Albumine. P. A 1 p. 30.

25 décembre. — Pouls 120. La température est tombée le matin à 37°6. Pas d'hémorrhagie. Le soir 39°. Le souffle tubaire a disparu. Respiration seulement un peu soufflante. Un foyer de sous-crépitaux au niveau de l'angle de l'omoplate.

28 décembre. — Etat très grave Température : matin 38°6, soir, soir 38°1. Adynamie. Les deux bruits du cœur lointains, sourds. Diarrhée fétide très abondante. P. A. 1 p. 10.

30 décembre. — Pouls 130, à peine perceptible. Température, matin 38°3, soir 39°. Visage pâle, émacié, amaigrissement considérable. Etat comateux. P. A. 1 p. 10.

1^{er} janvier. — La température est tombée à 35°9 le matin, le soir 36°6. Pas d'hémorrhagie. Collapsus. Le pouls est incomptable. Les deux bruits cardiaques très sourds. Diarrhée profuse. P. A. 1 p. 10, à peine quelques amas.

Décédée le 2 janvier.

En résumé : Dothiénenterie ayant d'abord évolué comme une pneumonie, avec point de côté, crachats rouillés et râles crépitaux. Ce n'est que vers le huitième jour que les symptômes typhiques se sont accusés et sont venus confirmer avec la séro-réaction, le diagnostic légèrement hésitant. Le pouvoir agglutinant qui n'a pu être pris durant tout le temps de la maladie offre son maximum, 1 pour 30, seulement le quatorzième jour. On constate des signes de myocardite et la malade meurt le vingt-troisième jour, présentant un pouvoir agglutinant à peine de 1 pour 10.

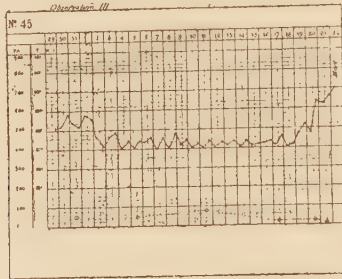
OBSERVATION III

Service des Femmes Fiévreuses, n° 45.

F., Marguerite, âgée de 28 ans, entrée le 29 décembre, 1899.

30 décembre. — S'est alitée il y a huit jours. Douleurs musculaires dans presque toutes les régions. Inappétence, langue blanche, pâteuse. Diarrhée. Râles sibilants, pas d'épistaxis. La rate est douloureuse et grosse. Température matin 38°2; 38°9 soir. Pouls: 108.

31 décembre. — Pouls: 110. La diarrhée est forte, quelques taches rosées. Le ventre est douloureux à droite, un peu de prostration. Insomnie. P. A. 1 p. 50.



2 janvier. — Pouls: 96. La température est tombée le matin à 37°6; le soir 37°2. La diarrhée est toujours forte. Léger épistaxis. Râles humides; toujours un peu de stupeur.

5 janvier. — Température soir 37°5. Pouls: 108. Diarrhée forte. P. A. 1 p. 50

8 janvier. — La température se maintient vers 37° le matin et le soir 37°8; quelques vomissements bilieux, toujours de la diarrhée.

11 janvier. — Les vomissements continuent avec douleur au creux épigastrique, ventre un peu douloureux. La diarrhée a diminué; se plaint de céphalée assez violente. Urines assez claires. Pas d'albumine. Pouls: 96, température matin 37°; soir 37°5. P. A. 1 p. 80.

15 janvier. — Les vomissements ont cessé. La malade est plus vive, plus gaie. Presque pas de diarrhée, ventre légèrement ballonné, mais peu douloureux; quelques vertiges.

17 janvier. — Pouls : 84. Pas de vomissements, un peu de gargouillement et de diarrhée. Langue saburrale. P. A. p. 20.

20 janvier — Pouls : 120. Un peu de tachycardie, la température est montée le soir à 39°3; les vomissements ont repris, incessants; stupeur, un peu de diarrhée, apparition de rash non confluent, aux membres supérieurs et à la poitrine. La rate est très douloureuse. P. A. 1 p. 20

21 janvier. — Les vomissements continuent incoercibles, accompagnés de douleurs violentes à l'épigastre; le pouls bat 130. Tachycardie, diarrhée, état général mauvais, délire. P. A. 1. p. 10. Nombreux bacilles isolés.

Décédée le 22 janvier.

En résumé : Le pouvoir qui était les premiers jours de 1 pour 50, atteint son maximum le dix-neuvième jour, 1 pour 80.

Du treizième jour au vingt-huitième, apyrexie. Toutefois l'état général n'est pas satisfaisant. La malade a des vomissements continuels, accompagnés de douleurs à l'épigastre, qui font penser aux manifestations gastriques décrites par M. Chauffard. Après cette période d'apyrexie, la température s'élève brusquement avec vomissements incoercibles, rash, tachycardie; la courbe agglutinante tombe à 1 pour 20 et à 1 pour 10 le jour de la mort.

OBSERVATION IV

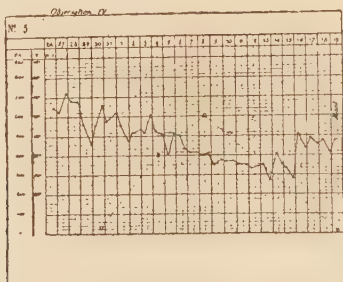
Salle des Femmes Fiévreuses, n° 5.

B... , Adèle, âgée de 25 ans, entrée le 26 décembre 1899.
27 décembre. — Début, il y a 4 à 5 jours. Céphalalgie, courbature, épistaxis, diarrhée. La fosse iliaque droite est douloureuse et présente du gargouillement. Langue sèche, saburrale, quelques râles sibilants. Température: matin 39° 3, soir 40° 2.

Samedi 30 décembre. — Séro diagnostic positif P. A., 1 p. 30.

3 janvier. — Diarrhée assez abondante, insomnie et délire, rien au cœur. Pouls: 108. Température: matin 38° 2, soir 39° 1.

4 janvier. — Quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine. La diarrhée est toujours très abondante. Pouls: 108. Les urines sont assez claires et abondantes; pas d'albumine. P. A., 1 p. 400.



5 janvier. — La diarrhée diminue légèrement, les râles de bronchite disparaissent. Pouls: 102.

8 janvier. — L'état général est meilleur. La température est 37° 2. Pouls: 108. P. A., 1 p. 600.

13 janvier. — Défervescence depuis 6 jours. De l'insomnie et quelques vomissements.

16 janvier. — La température est montée à 38°. La diarrhée a repris. Les vomissements ont un peu cessé, mais l'état général n'est pas satisfaisant; insomnie.

17 janvier. — Les vomissements ont repris. La région splénique est douloureuse. La langue est saburrale. Diarrhée. Pouls : 108. Les bruits du cœur sont un peu sourds. Température : matin 37° 9, soir 37° 6.

18 janvier. — Etat général mauvais. Vomissements continuels, bilieux, diarrhée profuse. Pouls : 120. Un peu de tachycardie.

19 janvier. — Commencement de rash à la partie antérieure de la poitrine. Le pouls est à 130. Les bruits du cœur à peine perceptibles. Température : 37° 8 P. A., 1 p. 10. Décédée à 2 h. du soir.

Autopsie. — Habitus extérieur : amaigrissement considérable.

Poumons normaux.

Péricarde, — Présence d'un liquide séreux, 50 ou 60 grammes environ.

Cœur. — Poids 250 grammes ; aspect normal ; l'oreillette droite est un peu dilatée.

Rate. — Poids 190 grammes, légèrement congestionnée.

Estomac. — Muqueuse très hyperémiee, tomenteuse, principalement à la grande courbure.

Intestin grêle, — La première partie est normale, la deuxième partie légèrement hyperémiee, la troisième très congestionnée, de couleur lie de vin.

A l'union de l'iléum et du cœcum nous constatons deux plaques de Peyer ulcérées de la grosseur d'une pièce de 0 fr. 50 centimes et une ulcération de la grosseur d'une lentille.

En résumé : Le pouvoir agglutinant, qui est de 1 pour 30 le cinquième jour, s'élève rapidement à 1 pour 400 au dixième jour et présente son maximum le quatorzième jour, 1 pour 600, au moment où la température avoisine 37° et où l'état général est meilleur. L'apyrexie dure sept jours ; puis survient

une rechute compliquée de rash, de vomissements, comme dans l'observation précédente, et se terminant par la mort. La courbe agglutinante est brusquement tombée le jour de la mort à 1 pour 10.

L'autopsie nous a permis de constater que la muqueuse stomacale était fortement hyperémiée. Il est probable que les vomissements étaient dus à cette lésion.

OBSERVATION V

Salle des Femmes Fiévreuses, n° 21.

G. . . Louise, âgée de 21 ans, entrée le 25 janvier 1900.

26 janvier. — La malade nous arrive dans le coma avec périodes d'agitation et de délire. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Diarrhée. Céphalalgie intense. Taches rosées lenticulaires sur la poitrine. Pas d'épistaxis. Le pouls bat 120. Pas de bruit de souffle; sibilance dans la poitrine. Température matin 38°8; soir 39°.

27 janvier. — L'état général est mauvais, la langue est sèche, rôtie, les dents fuligineuses. La malade est dans la stupeur. Le pouls est à 120. Le premier bruit cardiaque est légèrement sourd. P. A. 1 p. 10.

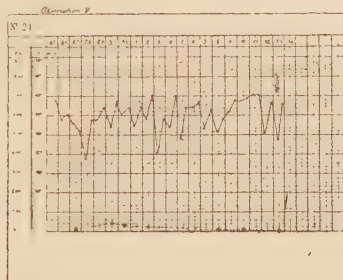
29 janvier. — La malade est dans le coma. Le pouls est faible, dépressible et bat 140. Les deux bruits cardiaques sont sourds.

30 janvier. — Hémorrhagie intestinale ayant commencé le 29 au soir et cessé le 30 au matin. Lavements à 45°. P. A. 1 p. 40.

31 janvier. — Etat toujours comateux. Pouls: 120. Pas d'hémorrhagie. La diarrhée est très forte; la fosse iliaque droite, très douloureuse, gargouille; la région splénique est très sensible à la palpation. P. A. 1 p. 30. Température 39° matin; soir 39°4.

1^{er} février. — Pouls : 120. L'agitation et le délire ont cessé. Diarrhée très forte. Râles humides dans les deux poumons. Pas d'hémorrhagie. Pas d'albumine.

2 février. — Pouls : 130. P. A. 1 p. 20.



3 février. — Pouls : 120. Légère hémorrhagie. La température est tombée à 37°. Ventre douloureux, un peu de météorisme, rate très sensible. Le premier bruit cardiaque est sourd. Plus d'agitation ni de délire. La malade s'alimente un peu. Urines assez abondantes.

6 février. — Pouls : 120. Epistaxis, légère hémorrhagie intestinale. Pas d'albumine. Température : matin, 39°4; 39°7 soir.

8 février. — Pouls : 130, très dépressible; légère épistaxis. Etat général très mauvais. Le premier bruit du cœur est toujours sourd. P. A. 1 p. 10.

10 février. — Pouls : 120; premier bruit très sourd. Ventre ballonné. La diarrhée a diminué un peu. La fosse iliaque est très douloureuse. Nombreux râles humides dans la poitrine. P. A. 1 p. 10.

13 février. — Pouls : 130. Etat très grave. Embryocardie; à 4 h. du soir légère hémorrhagie. Température matin 37°9; soir 39°6. Le P. A. au 1 p. 10 n'est pas positif.

Décédée le 14 février à 5 h. du matin.

En résumé : Dothiéntérie très grave avec périodes de délire et de coma.

Le troisième jour le pouvoir agglutinant est à

peine de 1 pour 10. Le sixième jour, hémorrhagie intestinale, la courbe agglutinante s'élève à 1 pour 40 qui sera le maximum. Le septième jour, pas d'hémorrhagie, le pouvoir est de 1 pour 30, diminuant ainsi de 10.

A partir du neuvième jour, le pouvoir agglutinant s'abaisse à 1 pour 20, le quinzième et le dix-septième à 1 pour 10 et le vingtième, jour de la mort la séro-réaction est négative.

En somme : fièvre typhoïde à forme pour ainsi hémorrhagique — plusieurs hémorrhagies intestinales, plusieurs épistaxis — et caractérisée par ce fait que la courbe agglutinante atteint son maximum le jour de la plus forte hémorrhagie et que, le jour de la mort, elle tombe à 0.

OBSERVATION VI

Service des Femmes Fiévreuses, n° 49.

C..., Eugénie, âgée de 21 ans, entrée le 3 janvier 1900.

La malade, qui est enceinte et à quelques jours du terme, a été prise de fièvre, céphalalgie, courbature. Le 1^{er} janvier elle accouche sans incident ; le 3 janvier elle est évacuée au service de médecine. Nous constatons une forte fièvre ; 40°1, de la céphalalgie ; la langue est saburrale. L'abdomen est assez souple, la fosse iliaque droite légèrement douloureuse, ainsi que la région épigastrique. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée. Rien au cœur, quelques râles de bronchite. P. A., 1 p. 10.

13 janvier. — Pouls : 108. Le ventre est un peu ballonné. Diarrhée, urines assez abondantes, pas d'albumine. Insomnie, P. A., 1 p. 40.

15 janvier. — Pouls : 110 Le ventre est toujours très ballonné, la diarrhée forte. P. A., 1 p. 80.

16 janvier. — L'abdomen est plus souple ; moins de météorisme. Diarrhée toujours considérable. Pouls : 110.

19 janvier. — Pouls : 96. Etat général meilleur. Température 36°6 matin, 36°8 soir. La diarrhée est moindre.

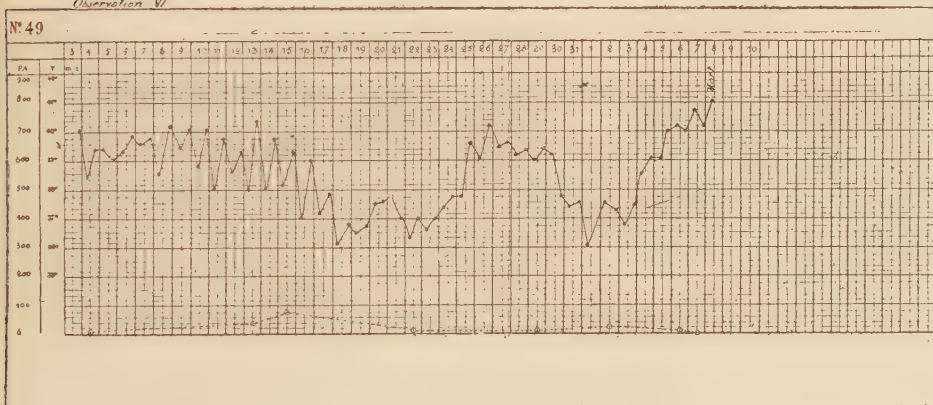
22 janvier. — Pouls : 90. La fosse iliaque droite n'est presque plus douloureuse, plus de diarrhée. P. A., 1 p. 10.

25 janvier. — Pouls : 120. La température est brusquement remontée à 39°6. La malade ne dit avoir commis aucune imprudence. On la soupçonne d'avoir mangé une brioche. La langue est saburrale.

27 janvier. — Le pouls est mauvais, dépressible, bat 130. Le premier bruit du cœur est sourd.

29 janvier. — Pouls : 108. Quelques râles humides dans les deux poumons. P. A. 1 p. 10. Température matin 39°, soir 39°4.

Observation VI



31 janvier. — Pouls : 120. La température s'est abaissée à 37°5. L'état général est mauvais ; quelques vomissements.

1^{er} février. — Les vomissements continuent bilieux, verdâtres. Frissons. Le pouls est misérable : 130. Pas de météorisme.

2 février. — Pouls meilleur : 96. Les vomissements ont un peu cessé. P. A., 1 p. 20.

3 février. — Pouls : 108. Le ventre est un peu douloureux ; la diarrhée a repris. Plus de vomissements.

4 février. — Pouls : 108. La température est montée à 39°. Apparition de rash, à la partie antéro-supérieure de la poitrine, à l'extrémité inférieure des avant-bras.

5 février. — Pouls : 130, mauvais. La diarrhée est très forte, le ventre douloureux. Le rash se généralise aux bras et au dos. Température : 40°.

6 février. — Pouls : 120. Température, 40°. Etat comateux. La malade est très faible, très amaigrie. Le rash est très prononcé. Le premier bruit cardiaque est un peu soufflant. P. A. 1 p. 10.

7 février. — Pouls : 120. Température, 40°8 le matin, 40°2 le soir. Le rash gagne les membres inférieurs où il est confluent, en larges plaques rouges, sans interposition de peau saine. La langue est rôtie, la diarrhée excessive. La malade, dans le coma, ne peut répondre aux questions. P. A. 1 p. 10, négatif.

8 février. — Température 41° à 8 h. du matin. Pouls à peine perceptible, 130 p. Les deux bruits du cœur sont à peine perçus.

Décédée à 9 h. du matin.

En résumé. — Dothiémentérie ayant duré 39 jours. Pouvoir agglutinant très faible encore, ayant son maximum le 18^e jour de la maladie, 1 pour 80. Au 30^e jour la malade a présenté un rash caractéristique très prononcé et généralisé à presque tout le corps. Au moment de l'apparition du rash, la température, qui avoisinait 37°, est montée à 39°. Le pouvoir agglutinant qui était, deux jours auparavant, de 1 pour 20, tombe, au moment où le rash se généralise, à 1 pour 10 et, le jour de la mort, il est négatif.

Nous devons attribuer la production de ces rash,

que nous avons aussi constatés dans les observations III et IV, mais moins accentués, aux toxines secrétées par le bacille d'Eberth.

En effet, dans certaines conditions spéciales, les microbes sécrètent des toxines très virulentes qui pénètrent dans le sang et provoquent dans l'organisme des perturbations redoutables. Tel le bacille de la diphtérie qui entraîne des phénomènes d'intoxication et des paralysies si fréquentes.

M. Bouchard divise ces produits solubles, ou toxines, en deux variétés :

1^o Les produits ectasiques, favorisant la dilatation des vaisseaux ; 2^o les anectasiques qui ont la propriété de paralyser les centres vaso-dilatateurs. Parfois, le même microbe peut sécréter les deux substances à la fois. Tel le bacille pyocyanique.

Il est donc probable que le bacille d'Eberth peut, dans certaines circonstances, sécréter des produits ectasiques, devenir ainsi érythrogène, et être la cause de ces rash qui représentent sans doute le summum de l'infection éberthienne.

En effet, lorsqu'ils apparaissent, presque toujours la température s'élève, l'organisme n'offre plus aucune réaction aux poisons élaborés par le bacille, et la substance agglutinante, qui est l'expression de cette réaction de défense, semble disparaître.

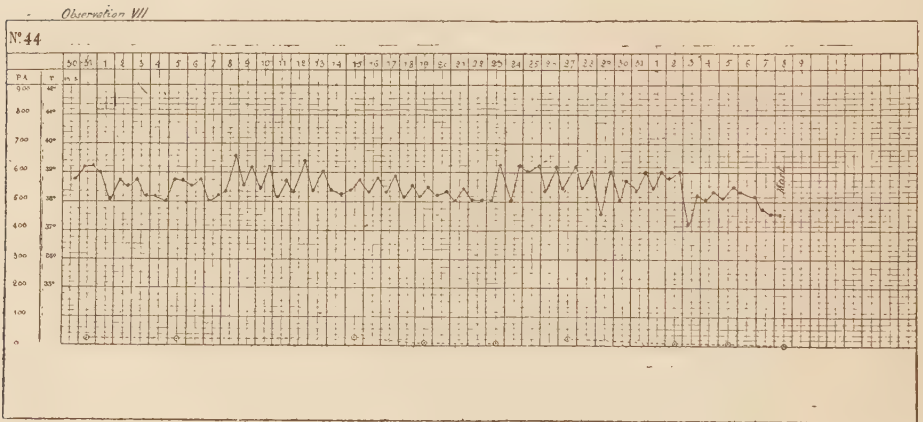
OBSERVATION VII

Service des Femmes Fiévreuses, n° 44.

L..., Lucrèce âgée de 26 ans, entrée le 30 décembre.

Malade depuis 4 jours. Courbature. Céphalée. Anorexie. Langue saburrale. Fosse iliaque droite peu douloureuse, pas de gargouillement. Un peu de météorisme. Diarrhée très légère. Pas d'épistaxis. Quelques taches rosées sur la poitrine. Quelques sibilants aux poumons. Rien au cœur. Pouls 90. P. A. 1 p. 20.

5 janvier. — Pouls : 96. Le ventre est douloureux et très ballonné. Insomnie. P. A., 1 p. 20.



13 janvier. — L'abdomen est plus souple. Diarrhée légère. Pouls 90. Température : matin, 38°4. Soir 39°.

15 janvier. — Pouls 100. Diarrhée plus forte. Météorisme. P. A., 1 p. 30.

16 janvier. — Apparition d'un rash d'aspect morbilliforme aux régions thoracique, dorsale et à la face antérieure des bras. Pouls : 96. Température : 38°4 matin, 38° 9 h. soir.

17 janvier. — Ventre très ballonné. Forte céphalalgie. Râles humides aux deux poumons. Pouls : 108.

19 janvier. — Pouls : 108. Le rash se généralise au dos et aux membres inférieurs. P. A., 1 p. 10.

20 janvier. — Pouls : 110. Diarrhée forte. Moins de météorisme abdominal. Premier bruit du cœur légèrement soufflant.

23 janvier. — Pouls : 96. Le rash commence à pâlir à la face antérieure de la poitrine. P. A., 1 p. 10.

24 janvier. Pouls : 96. Le premier bruit du cœur est redevenu normal. Le rash disparaît sur toutes les régions. Desquamation.

27 janvier. — Pouls : 120. Le rash presque complètement disparu. La malade dort un peu. P. A. 1 p. 20.

29 janvier. — Pouls : 120. Toujours de la diarrhée. Toux légère. Râles humides. Pas d'albumine. Urines foncées peu abondantes.

1^{er} février. — Pouls : 110. — Ventre très ballonné, toujours de la diarrhée.

2 février. — Pouls : 120. P. A., 1 p. 10.

3 février. — Pouls : 120. La température est tombée de 39° à 37° 3. Pas d'hémorrhagie.

5 février. — Pouls : 110. L'état général est mauvais.

La malade est très abattue. Amaigrissement considérable. Le ventre est toujours ballonné. Diarrhée forte.

5 février. — Pouls : 120. P. A., 1 p. 10.

6 février. — Pouls : 120. Dépressible. La malade très faible répond à peine aux questions.

Température : 38°4, matin, soir 38°3.

7 février. — Pouls 110. Les bruits du cœur sont légèrement sourds. La température est tombée à 37°8".

Etat général très mauvais, tendance aux lipothymies. Diarrhée très forte. Ventre douloureux et ballonné. Râles humides.

8 février. — Pouls : 120, dépressible. Faiblesse et amaigrissement considérables. Etat syncopal.

Diarrhée profuse. Urines rares très colorées.

Pas d'albumine. P. A., 1 p. 10, négatif.

Décédée 8 février, à 2 h. soir.

En résumé : fièvre typhoïde se terminant, au 44^e jour, par la mort.

La courbe agglutinante, toujours très basse, atteint son maximum le 21^e jour : 1 pour 30 et varie ensuite entre 1 pour 20 et 1 pour 10. Le 22^e jour rash d'aspect morbilliforme. Le séro-diagnostic est négatif le jour de la mort.

OBSERVATION VIII

Salle des Femmes Fiévreuses, n° 39.

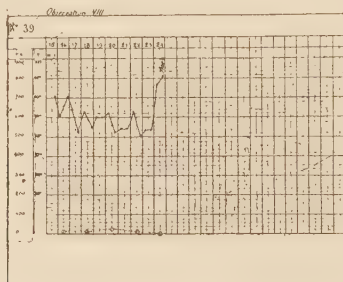
R..., Thérèse, âgée de 20 ans, entrée le 15 février 1900.

Malade depuis huit jours. Inappétence. Langue saburrale. Violente céphalalgie. Pas d'épistaxis. La fosse iliaque droite n'est pas douloureuse. Gargouillement. Diarrhée. Un peu de météorisme. Quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine et l'abdomen.

Pouls : 96. Sibilance dans la poitrine.

P. A., 1 p. 10. Température : matin 39°, soir 40°
18 février. — Pouls : 96. Quelques vomissements.

Pas d'albumine dans les urines P. A. 1 p. 10.



19 février. — Pouls 96. Les vomissements ont un peu cessé.

La fosse iliaque droite est douloureuse à la palpation. Toujours un peu de méréotisme. Diarrhée.

20 février. — Pouls : 108. Les vomissements ont repris.

La céphalalgie est intense. Poussée de taches rosées sur la poitrine. P. A. 1 p. 20.

21 février. — Pouls : 108. Les vomissements continuent. Forte diarrhée.

22 février. — Pouls : 108. Les vomissements persistent, incoercibles. Epistaxis assez abondant. Stupeur prononcée. Apparition de rash aux bras et aux membres inférieurs. Râles humides. Température : matin 39° 3 soir 38°. P. A., 1 p. 10.

23 février. — Etat général très mauvais. Pouls : 120, très dépressible. Le deuxième bruit cardiaque moins éclatant. Etat comateux. L'aspect du visage a complètement changé en 24 heures. Les yeux sont excavés. La langue rôtie, les lèvres sèches, les dents fuligineuses. Les vomissements continuent. Inégalité pupillaire. Carphologie.

24 février. — La température est montée à 40° 8.

Pouls à peine perceptible : 130. Malade dans le coma. Le rash s'est généralisé à la poitrine et à l'abdomen, mais sans trop de confluence. P. A., 1 p. 10 négatif.

Décédée 24 février à 6 h. soir.

En résumé : Dothénientérie maligne se terminant par la mort, le dixième jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. Pouvoir agglutinant excessivement faible : 1 pour 10, pouvoir maximum 1 pour 20, le 6^e jour. Le 8^e jour apparition de rash, la température monte à 39° 3. Pouvoir agglutinant : 1 pour 10 ; deux jours après, mort avec rash généralisé ; température 41° et pouvoir agglutinant négatif.

OBSERVATION IX

Service des Femmes Fiévreuses, n° 37.

M..., Marie, âgée de 22 ans, entrée le 25 janvier.

26 janvier. — Se dit malade depuis six jours. Céphalée, anorexie, épistaxis. Langue sèche. Température 40°2. Taches rosées sur la poitrine. Région épigastrique douloureuse. La fosse iliaque droite, peu douloureuse, présente du gargouillement. Diarrhée. Pouls : 108. Rien au cœur. Rien aux poumons. P. A., 1 p. 10.

27 janvier. — Diarrhée très forte. Quelques sibilants à la poitrine. Pouls : 96. Un peu d'insomnie.

31 janvier. — Pouls : 108. La diarrhée persiste très forte. La toux est fréquente. Nombreux râles de bronchite. Gargouillement et fosse iliaque douloureuse. Insomnie.

2 février. — Pouls : 108. P. A., 1 p. 10.

7 février. — Pouls : 102. La diarrhée a légèrement diminué. Urines peu abondantes, colorées, pas d'albumine.

9 février. — Pouls : 108. La diarrhée diminue, toux assez fréquente. Râles humides. P. A., 1 p. 40.

12 février. — Pouls : 96. Presque plus de diarrhée. La toux diminue. Température matin 37°8 ; soir 38°2.

14 février. — Pouls : 96. P. A., 1 p. 20.

15 février. — Pouls : 120. Un peu de tachycardie. Premier bruit cardiaque sourd. Vomissements. Aucun liquide ne peut être gardé. Le visage est pâle. La malade est très amaigrie. Le ventre est assez souple, peu douloureux. Presque pas de diarrhée. Toujours des râles humides.

16 février. — Pouls : 108. Premier bruit sourd. Les vomissements ont un peu cessé. Pas de diarrhée.

17 février. — Pouls : 120. La température est montée à 40°7. P. A., 1 p. 20.

19 février. — Pouls : 120. Premier bruit très sourd. Plus de vomissements. La malade est très faible. Urines peu abondantes, très colorées, un peu d'albumine.

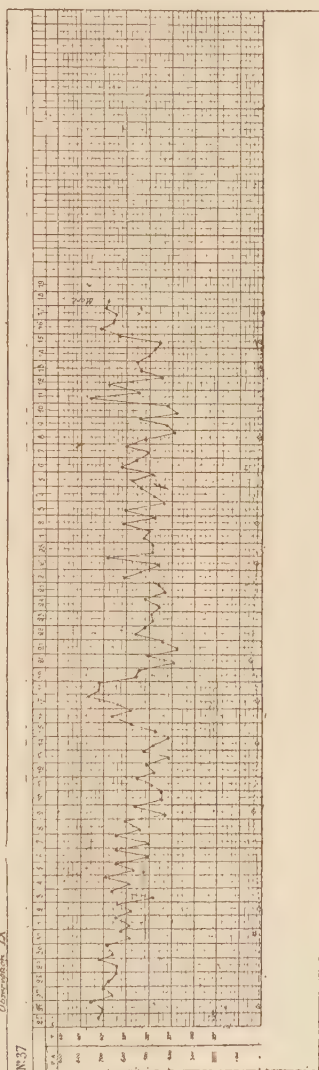
20 février. — La température s'est abaissée brusquement de 38°5 à 36°9. Pas d'hémorrhagie. Le visage est pâle, décoloré. Le ventre est souple. Léger gargouillement. Trois selles seulement dans la journée. Pas de vomissements. Pouls : 120. P. A., 1 p. 50.

26 février. — Les vomissements ont repris, verdâtres. Pas de diarrhée. Pouls : 108.

27 février. — Les vomissements ont un peu cessé. Pouls : 108. Le premier bruit est normal. Apparition d'une phlébite à la jambe gauche. Œdème. Douleur excessive. Circulation veineuse superficielle, très développée. L'état général est peu satisfaisant. Amaigrissement considérable. Râles humides dans la hauteur des deux poumons. Pas de diarrhée. La fosse iliaque droite n'est pas douloureuse. P. A., 1 p. 20.

2 mars. — Les vomissements ont repris. Pas de diarrhée. Pas de météorisme abdominal ni de douleur. L'œdème de la jambe gauche et la douleur ont diminué. Les urines sont rares mais sans albumine. Pouls : 120. P. A., 1 p. 20.

6 mars. — Les vomissements ont un peu cessé. La malade est toujours très faible. Pas de diarrhée. Plus d'œdème ni de douleur à la jambe gauche. Pouls : 108.



8 mars. — Toujours quelques vomissements. Pouls : 108. Température : matin 38°2, soir 36°9. P. A., 1 p. 10.

13 mars. — Les vomissements ont diminué. Pouls : 108. P. A., 1 p. 10.

15 mars. — Les vomissements ont repris. Pas de diarrhée. Deux selles seulement avec les deux lavements boriqués que la malade prend dans la journée. Etat général mauvais. Pouls : 108. Le premier bruit sourd, le deuxième moins éclatant. Urines très rares, foncées, 250 grammes environ dans la journée. Pas d'albumine. Température matin : 37°6, soir 39°3". P. A., 1 p. 10.

16 mars. — Les vomissements continuent. Pouls : 110. Mêmes symptômes cardiaques que la veille. Température : 40°1.

17 mars. — Pouls : 120, difficilement perceptible. Les deux bruits du cœur sont sourds avec arythmie et intermittences. Faiblesse extrême, 200 grammes d'urine dans la journée. Pas d'albumine. Quelques râles humides. P. A. 1 p. 10 négatif.

Décédée le 18 mars à 7 heures du matin.

En résumé : fièvre typhoïde mortelle, longue, traînante; 51 jours de maladie, accompagnée de vomissements incoercibles, de faiblesse extrême, d'adynamie, de myocardite et d'oligurie.

Le pouvoir agglutinant atteint son maximum le 32^e jour, 1 pour 50. La courbe varie durant toute la maladie entre 1 pour 20 et 1 pour 10. Le jour de la mort, pas de séro-réaction.

OBSERVATION X

Service des Femmes Fiévreuses, n° 12.

F... Marie, âgée de 12 ans, entrée le 11 janvier.

Début il y a cinq jours ; fièvre. Langue pâteuse, etc.

Langue pâteuse, saburrale, un peu de céphalalgie. Léger épistaxis, ventre souple, peu douloureux dans la fosse iliaque droite. Pouls : 84. Quelques râles sibilants aux poumons.

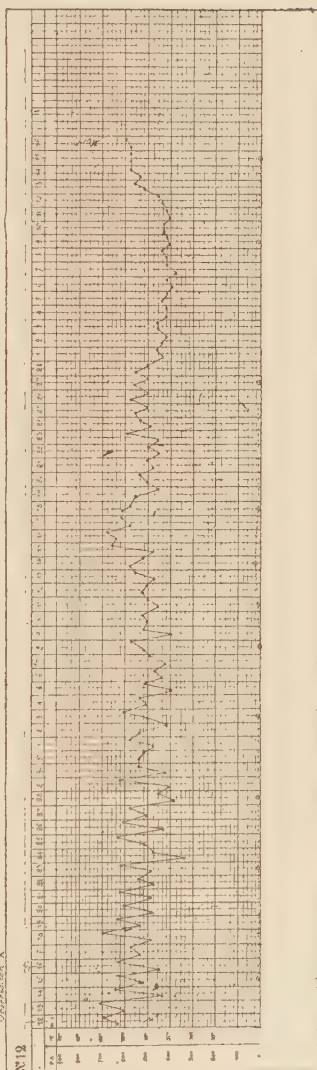
15 janvier. — Pouls : 108. Diarrhée. P. A., 1 p. 10.

18 janvier. — Pouls : 110. La fosse iliaque droite et la région splénique sont très douloureuses. Râles humides dans les deux poumons. Pas d'albumine.

20 janvier. — Pouls : 130. Rythme cardiaque presque embryocardique. Diarrhée très forte.

23 janvier. — Pouls : 108. P. A., 1 p. 10.

24 janvier. — Diarrhée forte. La température s'est abaissée de 39°2 à 36°5. Pas d'hémorrhagie intestinale ni de météorisme abdominal. Râles hu-



mides. Pouls : 120. Tachycardie. Pas d'insomnie.

28 janvier. — Pouls : 120. Tachycardie. Température : 36°9. Pas d'albumine. P. A., 1 p. 10.

3 février. — Pouls : 120. Tachycardie. Diarrhée forte. Fosse iliaque très douloureuse. P. A., 1 p. 10.

7 février. — Pouls 108. Moins de tachycardie. La diarrhée a diminué. L'état général paraît meilleur.

8 février. — Pouls : 108. P. A., 1 p. 10 négatif.

11 février. — P. A., 1 p. 10.

14 février. — Pouls : 108. La diarrhée a repris. La toux est fréquente, râles muqueux dans les deux poumons. P. A., 1 p. 20.

15 février. — La température est montée à 39°5. Le ventre est souple, mais la fosse iliaque droite est douloureuse ainsi que la région splénique. La diarrhée est très abondante. Amaigrissement. Nombreux râles muqueux et sous-crépitations. Pouls : 120. La tachycardie a reparu.

18 février. — Température : 39°1 le matin, 38°8 le soir. Pouls : 108. Moins de tachycardie. Toux fréquente, les râles muqueux encombrant toujours les bronches. Le ventre est souple, la diarrhée persiste. Quelques vomissements. Un peu de rachialgie. P. A., 1 p. 10.

20 février. — Apparition de quelques boutons de variole sur les paupières, les bords ciliaires, sur la poitrine et les bras, L'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes.

24 février. — Les pustules suppurent. Température : matin 37°9, soir 38°4.

27 février. — Les boutons se dessèchent et desquament. Diarrhée légère. P. A., 1 p. 10.

9 mars. — Plus de fièvre depuis six jours. Pas de diarrhée. Mais l'état général n'est pas satisfaisant. Le visage est émacié, les yeux sont excavés, les pommettes ressortent anguleuses. Les arcs costaux et les espaces intercostaux se dessinent. Les crêtes iliaques, les grands trochanters sont saillants. Les reliefs musculaires ont disparu sur toutes les parties du corps. P. A., 1 p. 10.

13 mars. — Température : le matin 38°1, soir 38°6. La fosse iliaque droite est d'une sensibilité extrême. Pouls 120. Tachycardie. Toujours quelques râles muqueux. La peau s'ulcère au sacrum et au grand trochanter.

15 mars. — Pouls : 130. Embryocardie. La fosse iliaque droite est très douloureuse. Diarrhée. Le moindre mouvement épuise la petite malade et lui fait pousser des cris de souffrance. Depuis plusieurs jours, l'alimentation se réduit à quelques cuillérées de lait. Température : 38°8. P.A., 1 p. 10 négatif.

Décédée le 16 mars, à 6 heures du soir.

En résumé : Dothiésentérie terminée par la mort, après 62 jours de maladie.

Le pouvoir agglutinant, extrêmement faible, présente la courbe la plus basse de nos observations. Pouvoir maximum, le 33^e jour, 1 pour 20. Le 26^e jour, le séro-diagnostic est négatif. Le 39^e jour, la petite malade prend une variole légère, qui n'influe en rien sur la marche de la courbe qui demeure à 1 pour 10. Ainsi, aucune réaction de la part de l'organisme; et la malade meurt dans une maigreur affreuse; une espèce de cachexie, la séro-réaction étant négative.

OBSERVATION XI

Salle des Femmes Fiévreuses, n° 20.

B..., Eulalie, âgée de 26 ans, entrée le 6 décembre.

7 décembre. — Se dit malade depuis 6 jours, grande lassitude. Céphalalgie, épistaxis, langue saburrale, gargouillement dans la fosse iliaque droite, très douloureuse à la

pression, Diarrhée. Température : 40°, matin et soir. Pouls : 108; quelques râles sibilants.

9 décembre. — Taches rosées sur la poitrine et l'abdomen. Diarrhée forte. Pouls : 96. Sibilants et sous-crépitants aux deux bases.

12 décembre. — Pouls : 96. Nombreux sous-crépitants dans les 2/3 inférieurs du poumon droit. La congestion à gauche est moins accentuée. Crachats légèrement hématiques, visqueux. Région splénique douloureuse. Urines colorées. Pas d'albumine.

14 décembre. — Pouls : 108, petit, dépressible. Les deux bruits du cœur sont sourds. Crachats muco-purulents. Température : matin 39° 6, soir 38° 4.

15 décembre. — Pouls : 110. La température tombe à 37° 2. Hémorrhagie intestinale. Lavements à 45°. Apparition de rash à la poitrine et à la partie supérieure de l'abdomen. Le visage est pâle, décoloré; état syncopal. Râles de congestion aux deux bases.

17 décembre. — Pouls : 108. Les bruits du cœur ont diminué d'intensité. Nouvelle hémorrhagie intestinale. Température : matin 38° 2, soir 37° 8. Le rash se généralise au dos et aux membres inférieurs.

18 décembre. — Nouvelle hémorrhagie. Température : matin 36°, soir 36° 3. Pouls : 108. Malade très affaibli.

19 décembre. — Pas d'hémorrhagie. Température : matin 38° 8, soir 36. Pouls : 108. Le cœur a plus d'énergie. Le rash commence à pâlir.

1^{er} janvier. — Le rash a disparu depuis 4 jours. Desquamation à petits lambeaux épidermiques. Quelques râles muqueux disséminés dans les deux poumons. La langue est toujours saburrale. La diarrhée a diminué. Pouls : 108; température : matin 38° 8, soir 38° 6.

2 janvier. — Pouls : 108. Température : matin 38° 5, soir, 40°. P. A., 1 p. 10.

5 janvier. — Pouls : 120. Fosse iliaque droite toujours douloureuse.

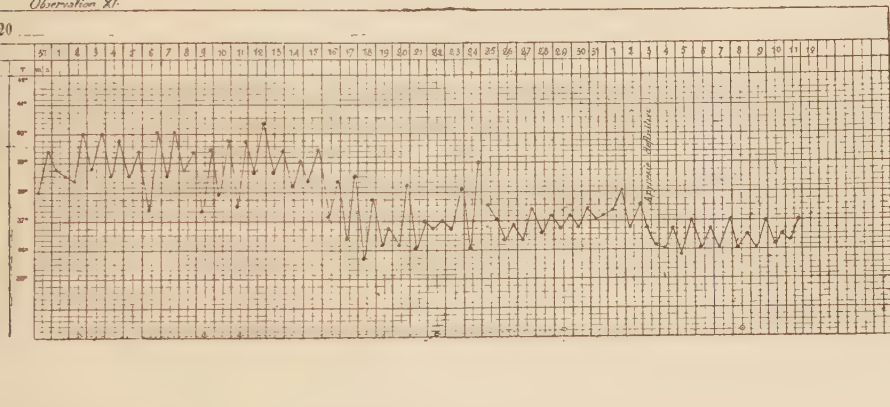
8 janvier. — Pouls : 120. La malade est dans la stupeur, répondant à peine aux questions. Aux deux bases râles humides.

9 janvier. — Pouls : 120. Température : matin $37^{\circ} 4$, soir $39^{\circ} 4''$ P. A. 1 p. 10.

11 janvier. — Pouls : 120. Sous-crépitanls aux deux bases et au sommet droit. Urines colorées, 1 litre environ. Pas d'albumine. P. A., 1 p. 10.

15 janvier. — Pouls : 108. L'abdomen est souple, mais toujours douloureux à droite. Un peu de gargouillement. La diarrhée a repris assez forte. Au sommet droit et aux deux bases toujours des sous-crépitanls.

Observation XI.



Analyse des crachats. Absence de bacilles de Koch.

Température : matin, $38^{\circ} 4$; soir, $39^{\circ} 5$.

18 janvier. — Pouls : 96. Le visage est pâle. L'amaigrissement est considérable. La diarrhée a diminué un peu. Les râles persistent dans les deux poumons. Température : matin, $35^{\circ} 9$; soir, $37^{\circ} 8$.

22 janvier. — Pouls : 96. P. A. 1 p. 10.

24 janvier. — Pouls : 108. Température . matin, 36° ; soir, 39° . Encore quelques râles disséminés.

Le sommet droit est redevenu libre. La diarrhée diminue.

29 janvier. — Pouls : 96. — Etat général meilleur.

Bien que faible, la malade a le regard plus vif et répond aux questions.

Depuis 4 jours plus de température. Ouverture d'un petit abcès à la partie antéro-latérale de l'avant-bras. A l'auscultation pulmonaire on ne constate qu'un peu de rudesse respiratoire. La langue est humide. Plus de diarrhée.

P. A., 1 p. 20.

3 février. — Pouls: 84. Pas de diarrhée. Ventre souple, non douloureux.

8 février. — Pouls: 84. P. A., 1 p. 20.

12 février. — Pouls: 84. La malade s'alimente très bien.

Exeat: 18 mars.

En résumé, fièvre typhoïde de 68 jours terminée par la guérison, après une convalescence longue et traînante. Congestion des deux poumons, hémorragies intestinales, rash ont été les complications successives de cette dothiéntérie. Durant toute la maladie, le pouvoir agglutinant ne s'est pas élevé au-dessus de 1 pour 10, excepté quelques jours avant la convalescence où il a atteint à peine 1 pour 20.

OBSERVATION XII

Salle des Femmes Fiévreuses, n° 34.

G., Maria, âgée de 22 ans, entrée le 15 janvier 1900.

Début il y a 5 jours. Céphalalgie. Langue pâteuse, saburrale. Pas d'épistaxis. Abdomen douloureux à la pression. Gargouillement. — Diarrhée. — Point douloureux à la région thoracique droite sous-mamelonnaire. Un peu de surdité depuis deux jours, Insomnie. Pouls 120. Rien au cœur. Température: 40° 1.

19 janvier. — Pouls : 108. Diarrhée très forte. A la percussion, submatité à droite. A l'auscultation, râles crépitants fins ; quelques crachats rouillés. Toux. P. A. 1. p. 10.

22 janvier. — Pouls : 120. Le point de côté est moins douloureux. Toujours des bouffées de crépitants. Diarrhée. Température : matin, 38° 5 ; soir, 39° 9.

24 janvier. — Pouls : 120. Souffle tubaire et crépitants.

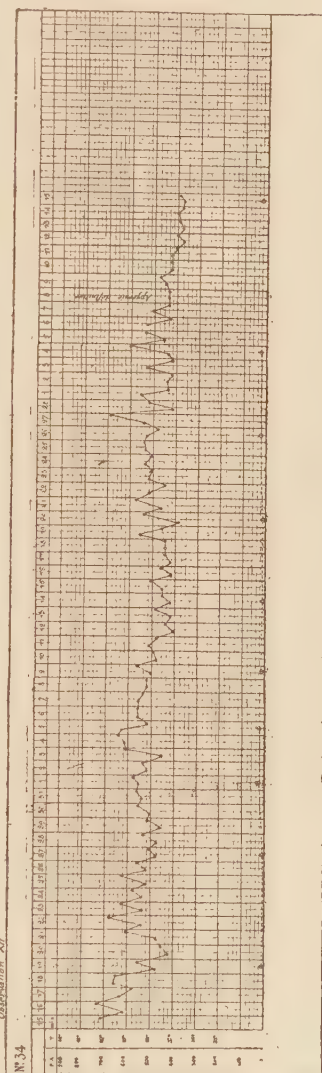
27 janvier. — Pouls : 108. Le point de côté a disparu. Souffle tubaire et râles sous-crépitanes aux deux temps de la respiration. P. A., 1 p. 10.

29 janvier. — Pouls : 96. Souffle tubaire et sous-crépitanes. Forte diarrhée. Pas d'albumine. 1 litre 1/2 d'urine environ.

1^{er} février. — Pouls : 108. La respiration demeure rude et soufflante au niveau de l'épine de l'omoplate. Quelques sous-crépitanes disséminés à cet endroit. P. A., 1 p. 20.

5 février. — Pouls : 108. Toujours du souffle et des râles humides. P. A., 1 p. 20.

9 février. — Pouls : 108. La submatité persiste au niveau de l'épine ainsi que le souffle et des sous-crépitanes. La fosse iliaque est toujours douloureuse. Un peu de tympanisme. P. A., 1 p. 10.



14 février. — Pouls : 108. La respiration est moins soufflante. La diarrhée a diminué. La fosse iliaque droite est moins douloureuse. Le ventre est plus souple. P. A., 1 p. 10.

19 février. — Pouls : 96. Au sommet droit un peu d'obscurité respiratoire et submatité à la percussion. Presque pas de diarrhée.

20 février. — Pouls : 96. Quelques vomissements. Ventre souple, peu douloureux. P. A., 1 p. 10.

21 février. — Pouls : 108. Apparition de rash aux faces antéro-latérales des avant-bras. Les vomissements ont cessé. Température : matin 37°7, soir 38°8.

23 février. — Pouls : 96. Le rash gagne les bras et un peu la face antérieure de la poitrine. Pas de diarrhée.

27 février. — Pouls : 96. Ventre légèrement ballonné, non douloureux. La température est montée le soir à 39°9. P. A., 1 p. 20.

1^{er} mars. — Pouls : 96. Apparition de rash au visage. Desquamation aux membres supérieurs et à la poitrine.

4 mars. — Pouls : 96. Un peu d'œdème du visage provoqué sans doute par le rash. Desquamation aux mains et aux avant-bras en larges plaques épidermiques. Ventre souple, pas douloureux. Plus de diarrhée. Pas d'albumine. P. A., 1 p. 20.

9 mars. — Pouls : 96. Desquamation du visage. État général très bon.

15 mars. — Pouls : 84. Plus de fièvre depuis six jours. Au sommet droit toujours un peu d'obscurité de la respiration et légère submatité. P. A., 1 p. 20. La malade commence à s'alimenter.

En résumé : dothiéntérie grave, ayant duré plus de deux mois et suivie de guérison. Pneumonie au début, et rash vers le trente-cinquième jour de la maladie, rash qui a été suivi d'une desquamation en

larges plaques épidermiques, simulant la desquamation de la scarlatine.

La courbe agglutinante, basse, a oscillé entre 1 pour 10 et 1 pour 20.

OBSERVATION XIII

Service des Femmes Fiévreuses, n° 28.

R... Marie, âgée de 21 ans.

Entrée le 12 mars; se plaint depuis 5 à 6 jours de lassitude, de courbature. N'a pas eu d'épistaxis. Au moment de notre examen, la malade se plaint de céphalalgie; sa langue est saburrale. De la diarrhée; du gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite. Sibilance dans la poitrine. Pouls: 100. Température: 40°5.

15 mars. — Pouls: 108. La diarrhée est très forte; stupeur assez prononcée. P. A. 1 p. 20.

18 mars — Pouls: 108. Diarrhée toujours abondante. Nombreux râles humides dans les deux poumons. Stupeur. Insomnie, un peu de délire. P. A., 1 p. 20.

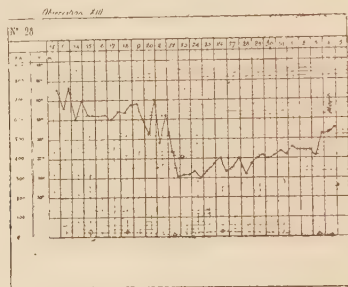
20 mars. — Pouls: 110. Le 1^{er} bruit légèrement soufflant. Stupeur, insomnie. La diarrhée a un peu diminué. Urines rares, colorées, quelques flocons d'albumine.

21 mars. — Pouls: 108. Apparition de rash aux avant-bras. La fosse iliaque droite est très douloureuse, ainsi que la région splénique. Les râles humides, très abondants, couvrent presque les bruits du cœur. Toux fréquente. Diarrhée moindre.

22 mars. — Le rash atteignant la confluence s'est généralisé à la poitrine, à l'abdomen, et commence à apparaître aux membres inférieurs. Nuit très mauvaise, insomnie, délire.

Le matin, le pouls, mauvais, bat 120. La langue, les lèvres

sont sèches. La température s'est abaissée de $39^{\circ}2$ à $37^{\circ}4$. Le soir, le pouls est redevenu meilleur, 96 pulsations. Température: 36° . Pas d'hémorrhagie, ni de signe de péritonite. La diarrhée a diminué. Les bruits du cœur sont mieux frappés. Le léger souffle du premier temps a disparu. Râles humides. P. A., 1 p. 10.



23 mars. — Le rash pâlit légèrement. Pouls: 96. La température demeure à $36^{\circ}2$ matin et soir. Pas d'hémorrhagie. L'état général paraît meilleur.

25 mars. — Le rash a pâli sur toutes les parties et presque disparu. Pouls: 96. Quelques râles encore dans la poitrine. Toux légère. La diarrhée diminue. Température matin: $36^{\circ}4$, soir: $36^{\circ}8$. Stupeur moins prononcée. La région splénique est toujours douloureuse.

26 mars. — Pouls: 96. Légère desquamation. Température matin: 37° , soir: $36^{\circ}5$. P. A., 1 p. 30.

29 mars. — Pouls: 96. Etat général meilleur. La langue est humide, presque pas de diarrhée; les bronches sont libres.

2 avril. — Pouls: 108. La fosse iliaque est redevenue douloureuse. Pas de diarrhée. La desquamation continue.

3 avril: Pouls: 120. Au premier temps, léger bruit de souffle. La température est montée le soir à $38^{\circ}3$. Pas de diarrhée. Le rash, bien que la desquamation continue, semble réapparaître à différents endroits.

Les yeux sont larmoyants et un peu injectés. La langue est redevenue blanche, pâteuse. L'amaigrissement est assez

prononcé. Urines claires, un peu d'albumine. P. A. 1 p. 10.

4 avril. — Le pouls bat 120, petit, sans aucune tension. Les deux bruits du cœur ont diminué d'intensité. Température : 38° 6. Pas de diarrhée. La fosse iliaque droite est très douloureuse et présente du gargouillement. Rien aux poumons. En un jour l'état général a considérablement changé. Les yeux sont larmoyants, la conjonctive très injectée. Les narines sont pulvérulentes, les lèvres sont sèches et agitées de tremblements, la bouche est remplie de mucosités. Le rash a reparu très intense, accompagné de prurit. Il s'étend sur la face antérieure des avant-bras, aux bras où il est peu accentué, à la poitrine, à l'abdomen. Il se présente en larges placards rouge écarlate, confluent sur la région fessière, la face antéro-externe des cuisses, la face antérieure du genou, la face antéro-externe des jambes ; la face interne des membres inférieurs est épargnée.

A 7 heures du soir, l'état s'est considérablement aggravé. Le pouls n'est presque pas perceptible, les yeux sont vitreux, la respiration rapide et courte.

La malade ne peut pousser que quelques cris plaintifs. P. A., 1 p. 10, négatif.

Décédée le 4 avril à 9 heures du soir.

En résumé : Dothiénenterie très grave, ayant évolué en 27 jours et se terminant par la mort. Caractérisée par les complications les plus diverses : délire, agitation, endocardite, néphrite avec légère albuminurie, bronchite intense et rash.

Maximum du pouvoir agglutinant le dix-neuvième jour, 1 pour 30. Après une apyrexie de 7 à 8 jours, rechute, intéressante surtout par ce fait que le rash, qui avait disparu, réapparaît avec une intensité plus forte, en même temps que la température subit une

ascension et que le pouvoir agglutinant tombe à 1 pour 10. Il est négatif quelques heures avant la mort.

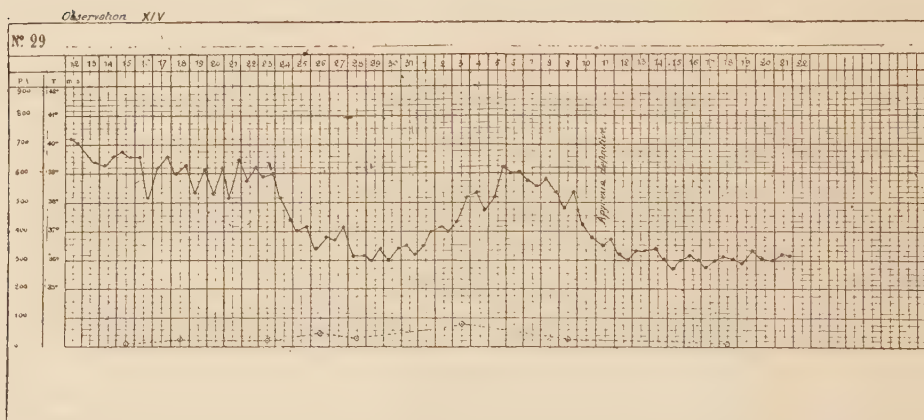
OBSERVATION XIV

Service des Femmes Fiévreuses, n° 29.

B... Angiolona âgée de 25 ans, entrée le 12 mars 1900.

Estalitée depuis 4 jours ; Fièvre, inappétence ; langue saburrale. Epistaxis ; fosse iliaque peu douloureuse ; gargouillement. Diarrhée ; quelques râles sibilants. Température : matin 40° 2 ; soir, 40°.

15 mars. — Pouls : 100. Diarrhée assez forte, quelques tâches rosées. P. A., 1 p. 10.



18 mars. — Pouls : 108. Râles humides et sibilants dans toute la hauteur des deux poumons. Céphalalgie. Diarrhée. P. A., 1 p. 20.

22 mars. — Pouls : 96. La fosse iliaque droite est très douloureuse, ainsi que la région splénique. Toux légère. Pas d'insomnie.

23 mars. — Pouls : 96. Douleurs musculaires dans les membres inférieurs. P. A., 1 p. 20.

25 mars. — Pouls : 96. Toujours de nombreux râles. La fosse iliaque est moins douloureuse. La diarrhée a diminué. Température : matin 37° ; soir, 37° 2. Pas d'albumine. Urines assez claires, 1 litre 1/2 environ.

26 mars. — Pouls : 96. P. A., 1 p. 50.

29 mars. — Pouls : 84. Les bronches sont redevenues libres. Presque pas de diarrhée. P. A., 1 p. 30.

3 avril. — Pouls : 96. Pas de diarrhée. La température est montée le soir à 38° 1. L'abdomen n'est pas douloureux. Pas d'albumine. P. A., 1 p. 80.

5 avril. — Pouls : 96. Température : 39° 2. Apparition de rash aux extrémités des avant bras.

9 avril. — Pouls : 108. Pas de diarrhée. Le rash ne s'est point généralisé. La desquamation commence. P. A., 1 p. 20

12 avril. — Pouls : 84. Plus de diarrhée. L'abdomen est souple, non douloureux. Langue humide, état général très bon. Température : 36. 3.

18 avril. — Pouls : 84. La desquamation est finie, la malade commence à s'alimenter. P. A., 1 p. 10.

Exeat, 28 avril.

En résumé : Fièvre typhoïde de moyenne intensité, suivie de guérison. La courbe agglutinante offre son maximum le 23^e jour, 1 pour 80, pour tomber à 1 pour 20, et 1 pour 10 au moment de la convalescence.

Rechute vers le 24^e jour, coïncidant avec un léger rash.

OBSERVATION XV

Service des Femmes Fiévreuses, n° 25.

B. . ., Clotilde, âgée de 26 ans, entrée le 10 mars.

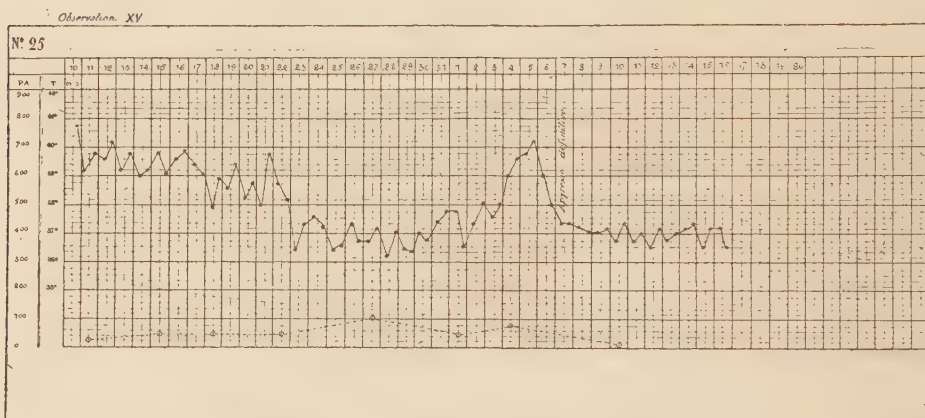
Début il y a 8 jours. Anorexie. Fièvre. Epistaxis. Diarrhée légère. Gargouillement. Quelques taches rosées. Quelques sibilants aux poumons. Température : 39° 2. P. A., 1 p. 20

15 mars. — Pouls : 108. La fosse iliaque droite est très douloureuse. Diarrhée. Nombreux sibilants dans la poitrine. Nombreuses taches rosées sur la poitrine et l'abdomen. P. A., 1 p. 50.

18 mars. — Pouls : 100. Forte diarrhée. Râles humides. Etat général satisfaisant. P. A., 1 p. 50.

20 mars. — Pouls : 96. Fosse iliaque très douloureuse. Un peu de rachialgie. Léger délire. Urines claires, pas d'albumine.

22 mars. — Pouls : 96. La rachialgie est moins forte. Le délire a diminué. Râles humides. Toux légère, crachats muco-purulents. P. A., 1 p. 50.



24 mars. — Pouls 130. Les deux bruits du cœur sont précipités et diminués d'intensité.

La malade a été prise de syncope et de vomissements. Toujours de la diarrhée.

25 mars. — Pouls : 120. Moins de tachycardie, les bruits du cœur sont toujours sourds. La diarrhée à diminué. La fosse iliaque est moins douloureuse. Presque plus de râles humides.

27 mars. — Pouls : 120. Les bruits cardiaques ont toujours moins de netteté. P. A., 1 p. 100.

30 mars. — Pouls : 108. Les bruits du cœur sont toujours

sourds. Un peu d'arythmie. Les bronches sont libres ; plus de diarrhée. La fosse iliaque n'est plus douloureuse.

1^{er} avril. — Pouls : 108. Les bruits du cœur ont plus de netteté. L'arythmie a disparu. P. A., 1 p. 50. Température 37° 8 matin, 36°6 soir.

2 avril. — Pouls : 108. La température est montée le soir à 38°. Pas de diarrhée. Pas d'albumine.

4 avril. — Pouls : 120. Un peu de tachycardie. Les bruits du cœur sont mieux frappés. Deux selles dans la journée. Le ventre n'est pas douloureux, la température s'est élevée à 39°6. P. A., 1 p. 80.

5 avril. — Pouls : 130. Toujours de la tachycardie. Température : matin 39°8 ; soir : 40°2. Pas de diarrhée. La maladie est plus abattue.

7 avril. — Pouls : 96. La température est tombée à 37° 4. Les bruits du cœur se sont améliorés. Plus de tachycardie.

10 avril. — Pouls : 96. Les deux bruits cardiaques normaux. Etat général satisfaisant. Température : 36°8 P. A., 1 p. 10.

16 avril. — La malade s'alimente très bien.

En résumé : fièvre typhoïde ayant duré 38 jours. Guérison, après avoir présenté des signes de myocardite très accusés qui ont fait craindre un instant une défaillance complète du cœur. Le pouvoir agglutinant atteint son maximum le vingt-cinquième jour, 1 pour 100, mais redescend, au moment de la convalescence, à 1 pour 80 et 1 pour 10.

Quatre faits saillants se dégagent de la lecture de ces observations :

1^o Le pouvoir agglutinant est toujours d'une faiblesse excessive, la courbe restant invariablement

au-dessous de 1 pour 100. Nous sommes loin, en effet des courbes des observations rapportées par MM. Widal et P. Courmont, qui sont, en général, régulières, graduellement ascendantes et descendantes et dont le maximum est atteint presque toujours au moment où la période de défervescence commence à s'accuser. Mais il est important aussi de constater que, dans plusieurs observations relatives dans la thèse de M. Courmont, le pouvoir agglutinant ne s'est pas élevé au-dessus de 1 pour 80. Tous ces cas se rapportent à des formes très graves, prolongées, ou bien à des formes à rechute.

Une seule fois, dans nos quinze observations, le pouvoir agglutinant s'est élevé à 1 pour 600, mais s'est abaissé brusquement à 1 pour 10 le jour de la mort.

Toutes nos courbes, dont aucune n'offre cette marche ascendante et descendante régulière, semblent bien exprimer l'état des malades que nous avons observés. Presque tous, en effet, offraient, dès le début de leur maladie, des symptômes très accusés d'adynamie, subissant passivement les divers degrés de l'infection éberthienne, l'organisme entier n'offrant, pour ainsi dire, aucune réaction. Nous voyons, sur la trop longue liste de morts, que les malades étaient ou bien emportés en peu de jours par une infection considérable se manifestant par des symptômes d'insuffisance dans tous les organes et par des rash plus ou moins généralisés ; ou bien les malades traînaient durant trente, soixante jours, et plus encore avec, les complications les plus diverses,

et succombaient, pour ainsi dire, à une sorte de cachexie typhique.

Aussi n'est-il pas étonnant que, chez nos malades, où toutes les fonctions vitales étaient réduites au minimum par le fait de l'infection typhique, et peut-être aussi d'associations microbiennes, n'est-il pas étonnant que l'élaboration de la substance agglutinante elle-même ait été modifiée profondément et qu'ainsi le pouvoir agglutinant se soit montré très faible ou qu'il ait même été absent dans le courant de la maladie.

2° Sur les quinze observations que nous relatons, nous avons onze décès. Nous avons constaté que, sur ces onze décès, le pouvoir agglutinant, mesuré la veille ou le jour même de la mort, a été négatif six fois. Nous devons rapprocher de ces six observations l'observation IV qui, en effet, est très caractéristique. Le pouvoir agglutinant qui s'est élevé à 1 pour 600 au moment où la défervescence s'accroissait et où tout faisait espérer une convalescence prochaine, tombe à 1 pour 10 le jour même de la mort.

Ces résultats dans lesquels il ne faut pas voir sans doute une simple coïncidence, semblent donc fournir des arguments sérieux en faveur de la valeur pronostique de la séro-réaction conformément à l'opinion de M. P. Courmont.

3° Neuf cas de rash ont été observés sur les 15 observations. Ces rash, qui ressemblent quelquefois à l'éruption de la rougeole, mais surtout à celle de la scarlatine, se présentent, soit sous la forme de ma-

cules rouges, isolées ou confluentes, soit sous la forme de larges plaques d'une teinte rouge écarlate envahissant parfois tout un membre sans interposition de peau saine. Sous la pression des doigts cet erythème pâlit, mais se recolore immédiatement. La desquamation prend à la face le type furfuracé, tandis qu'aux membres elle simule généralement la desquamation de la scarlatine. Ces rash ont presque toujours coïncidé avec une ascension de la température et, en général, avec une descente du pouvoir agglutinant. Nous devons donc les considérer, comme la plus haute expression de l'infection de l'organisme par les toxines éberthiennes.

4^o Enfin la proportion de la mortalité est effrayante ; 11 décès sur 15 malades, ce qui donne un taux mortuaire de près de 75 pour 100. Nous allons voir que, dans les différentes statistiques de fièvre typhoïde, le pourcentage n'est jamais aussi élevé. Sans nul doute, à l'hôpital civil de Toulon, la fièvre typhoïde revêt une malignité particulière, malignité qui est loin d'être efficacement combattue par le traitement auquel sont soumis les malades. Et nous nous demandons si, vraiment, ce n'est pas là une des vraies et des principales causes d'une si grande mortalité.

CHAPITRE V.

Divers traitements de la fièvre typhoïde. Statistiques.

Si nous faisons l'historique des divers traitements de la fièvre typhoïde, nous pouvons voir que le taux mortuaire, qui était, il y a vingt ans, de 20 à 25 pour 100, est tombé aujourd'hui à 8 pour 100 et même au-dessous. Ces résultats observés ne peuvent être considérés comme l'effet d'une série heureuse et accidentelle. Ils sont basés, en effet, sur des statistiques absolument authentiques, et l'expérience d'un grand nombre d'années. Ils sont dus à la médication par les bains froids. Ce n'est pas là la véritable médication spécifique de la fièvre typhoïde, celle qui atteint directement la cause initiale morbide, c'est-à-dire le bacille d'Eberth et les poisons, ou toxines, qu'il engendre, mais elle modère et neutralise leurs effets sur l'organisme, produit leur élimination, soutient les forces et permet à l'organisme de lutter contre les infections secondaires.

Voyons l'histoire des principaux traitements de la fièvre typhoïde, employés depuis ces vingt-cinq dernières années, les seules qui méritent d'être signalés.

A). Médication purgative et antiseptique.

L'intestin, étant le lieu où se fixe primitivement le bacille d'Eberth, et où se produisent les différentes toxines, il était, semblait-il, naturel d'agir directement sur eux soit en favorisant leur expulsion — médication évacuante — soit en neutralisant leurs effets — médication antiseptique. —

Delarroke, médecin de l'hôpital Necker, Louis, Grisolle systématiquement traitèrent la fièvre typhoïde par la médication évacuante. Delarroke ne prétendait perdre que le dixième de ses malades ; quant à Grisolle, il vit la mortalité s'abaisser de 25 à 14,2 pour 100 ; mais, durant l'épidémie de 1842, juillet-août, la mortalité s'éleva à 50 pour 100.

Cette méthode est non seulement inefficace, mais encore dangereuse en pouvant provoquer des ulcérations sur une muqueuse déjà irritée, et en entretenant une diarrhée qui épuise les malades.

La médication antiseptique semble plus rationnelle.

Widemayer, Schönlein, Traube, donnaient le calomel agissant comme laxatif et antiseptique.

Bouchard le donnait pendant les quatre premiers jours à la dose de 40 centigrammes par jour en plusieurs fois.

Vulpian avait eu recours, mais sans résultat probant, à l'iodoforme et au salicylate de bismuth.

Le naphtol a été surtout employé par Teissier (de Lyon). Hayem a préconisé l'acide lactique en limonade à la dose de 15 à 20 grammes par jour.

Tous ces médicaments ne peuvent constituer à eux seuls une méthode de traitement. Ils ne peuvent être qu'un adjuvant utile quelquefois, mais sans action sur la maladie elle-même et sur ses graves complications.

B). Méthodes antipyrétiques.

Il est tout naturel qu'en constatant l'intensité et la longue durée de la fièvre, on ait essayé d'agir directement sur elle.

Deux ordres de moyens ont été employés.

1^o Antipyrèse médicamenteuse.

2^o Antipyrèse hydriatique.

a). Antipyrèse médicamenteuse.

1^o La quinine et les préparations de quinquina, ont été les premiers médicaments auxquels on se soit adressé.

En 1840, Broqua, médecin de Plaisance, fit connaître les bons effets du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

En 1842, Briquet, médecin de l'hôpital Cochin, traita par le sulfate de quinine à haute dose (3 à 5 grammes par jour en potion), 43 malades atteints de fièvre typhoïde ; sur ces 43 malades il y eut 8 morts.

Jaccoud traitait ses malades par la quinine et les lotions froides. Sa statistique — 655 cas, en 16 ans — donne une mortalité de 10,83 p. 100.

2° Acide salicylique et salicylate de soude.

Riess, en 1875, soumit au traitement salicylé, parfois associé aux bains, 260 cas de fièvre typhoïde. Il eut 63 morts, soit une mortalité de 24 p. 100, chiffre élevé attribué à la gravité de l'épidémie et au traitement souvent commencé trop tard.

L'action antipyrétique de l'acide salicylique ou du salicylate de soude fut vérifiée, en Allemagne et en France, par un grand nombre de médecins.

La mortalité fut de 8,5 p. 100, sur 35 cas traités par Jahn, de 12, 5 p. 100 sur 56 cas rapportés par Goltdammer, de 3,33 p. 100 sur 60 cas réunis par Gissler et Wenzel.

Enfin Vulpian présente à l'Académie de Médecine (1883) une statistique plus importante ; grâce au traitement salicylé Vulpian ne perdit que 11 malades sur 168, ce qui donne un taux mortuaire de 6,54 p. 100.

Mais, malgré ces résultats satisfaisants, on ne tarda pas à voir que cette médication n'était ni sans inconvénients ni sans danger,

L'acide salicylique exerce une action irritante sur la muqueuse des premières voies digestives, peut provoquer du délire, favoriser les hémorrhagies, enfin il n'agit pas sur le pouls qui reste élevé et peut déterminer même l'affaiblissement du cœur.

3° Antipyrine. — Ce médicament, employé, en

Allemagne, par Gutmann, a été surtout essayé en France, par Clément de Lyon, qui a publié une statistique de 71 malades, avec une mortalité de 8 p. 100.

L'antipyrine était donnée à la dose de 5 à 12 gr. par jour, suivant l'état de la température prise toutes les trois heures. Une discussion, soulevée à la Société des Sciences Médicales de Lyon, à l'occasion de la communication de Clément, a montré les inconvénients et le danger de ces doses élevées d'antipyrine. En effet, ce médicament est sans efficacité sur le pouls qui reste élevé ; il déprime le système nerveux et surtout il diminue la sécrétion urinaire, empêchant ainsi l'élimination par l'urine des substances toxiques. L'antipyrine à hautes doses doit être considérée comme un médicament dangereux et exclue du traitement de la fièvre typhoïde.

En résumé, les antipyrétiques peuvent déterminer des abaissements thermiques, la disparition parfois des accidents cérébraux, mais leurs résultats sont inconstants et ils peuvent avoir même de si sérieux inconvénients : action d'arrêt sur les phénomènes de la nutrition des tissus, diminution de la dépuration urinaire, que certains d'entre eux doivent être absolument rejetés du traitement de la fièvre typhoïde.

D'ailleurs, tous, dans les formes graves de la fièvre typhoïde, sont inefficaces.

b). — Antipyrèse hydriatique.

La médication réfrigérante tient la première place dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Nous ne ferons que citer le traitement par les affusions froides, les lotions, le drap mouillé, les applications froides qui ne doivent être employées que dans les formes légères.

C'est un médecin écossais, Currie (1797), qui, pour la première fois, recommanda dans la fièvre typhoïde les affusions et les lotions répétées avec de l'eau de mer très froide.

Les médecins italiens et, en particulier, Giannini (1805), employèrent, les premiers, les bains dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Un Français, Jacquez (de Lure), eut le mérite, en 1847, de montrer les bienfaits de la réfrigération.

Sur 313 malades traités en quinze années, Jacquez n'en perdit que 19, ce qui fait une mortalité de 6 p. 100.

Les pratiques de Currie, de Giannini, de Jacquez, ont trouvé leur application définitive dans la méthode de Brand « l'hydrothérapie du typhus ».

Cette méthode a été introduite en France, par Glénard (de Lyon). MM. Tripier et Bouveret, dans leur ouvrage très important, paru en 1886, ont consigné leurs nombreuses recherches sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Méthode de Brand. — Elle peut se résumer en cette formule : donner un bain à 20° de 10 à 15 minutes de durée toutes les fois que la température rectale, prise toutes les trois heures, atteint ou dépasse 39°.

Pendant le bain on frictionne le malade, on lui fait des affusions froides sur la tête, on le fait boire.

Entre la 10^e et la 15^e minute du bain, au moment où le malade se met à frissonner, on doit le sortir de l'eau. On l'essuie rapidement avec un drap sec, on le reporte sur son lit, où on l'enveloppe dans une couverture de laine, une boule d'eau chaude aux pieds. On lui donne du lait, du bouillon, des potages légers, de l'eau rougie.

L'action réfrigérante du bain n'est pas immédiate. L'immersion dans l'eau froide augmente d'abord la production de chaleur. D'après Tripier et Bouveret, la température centrale s'élève dans le bain de 0°,1 à 0°8, le maximum de l'élévation thermique se produisant au commencement du bain. Quoiqu'il en soit, le frisson indique le commencement de l'abaissement thermique qui s'accroît après la sortie du bain.

Au début de la maladie et du traitement, et surtout dans les formes graves, la température prise après le bain est aussi élevée et même plus élevée qu'avant. En général, la température s'abaisse progressivement et le maximum de l'abaissement survient au bout de 15 à 30 minutes, parfois seulement une heure, coïncidant avec la sensation de bien-être et le besoin de sommeil. Mais cette apyrexie relative dure peu, et bientôt la température reprend une marche ascendante et s'élève au même degré qu'avant le bain et quelquefois au-dessus. Cette élévation est très rapide dans les formes graves.

En général l'hyperthermie n'est vaincue qu'au bout de quelques bains. La résistance à la réfrigération dépend, d'ailleurs, de causes diverses; moindre chez l'enfant, elle est plus grande chez la femme et

lès sujets obèses. D'où la nécessité de varier suivant les cas et la durée et la température du bain.

L'influence des bains sur les principaux symptômes et la marche de la fièvre typhoïde n'est pas moins remarquable que leur action réfrigérante. En effet, l'insomnie, la céphalalgie, la stupeur disparaissent. Le délire et l'agitation s'atténuent dans les formes ataxiques. La langue devient humide, la soif est moins vive et la diarrhée et le météorisme disparaissent. L'action du bain sur le cœur est non moins remarquable. Les bruits cardiaques sont plus forts, le pouls perd son dicrotisme et diminue de fréquence. Enfin, le bain exerce une action stimulante sur la sécrétion urinaire, les urines pouvant atteindre 2, 3 et 4 litres par jour,

D'après les tracés thermométriques, réunis par Tripier et Bouveret, il résulte que la marche de la maladie est elle-même modifiée.

Le pronostic de la fièvre typhoïde traitée par le bain froid est d'autant meilleur que le traitement est plus précoce. Brand disait : « Toute fièvre typhoïde qui pourra être traitée régulièrement dès le début par l'eau froide sera exempte de complications et guérira ».

Les contre-indications du traitement par les bains froids, au début même de la maladie, sont peu nombreuses.

La grossesse, la menstruation, l'état puerpéral, l'allaitement, l'obésité, les maladies nerveuses, la bronchite ne sont pas une contre-indication. Les bains froids doivent être contre-indiqués chez les

personnes âgées, qui sont plutôt justiciables du traitement par les bains tièdes ou progressivement refroidis, chez les phtisiques, chez les malades atteints d'une affection du cœur mal compensée, enfin chez ceux qui présentent des affections cérébrales : hémorrhagie ou ramollissement.

Les contre-indications tirées de la maladie elle-même et de ses complications sont les suivantes : myocardite, perforation de l'intestin, péritonite, hémorrhagie intestinale tardive et grave, péricardite et pleurésie tardive.

Aucune complication thoracique n'est une contre-indication absolue. L'état du cœur seul domine la situation.

Avant de constater les résultats obtenus par la méthode de Brand, nous devons dire quelques mots du traitement par les bains tièdes. Tripier et Bouveret distinguent le bain froid de 25 à 30° et le bain tiède de 30 à 35°. La durée du bain tiède est de 15 à 30 minutes. Moins pénible que le bain froid, le bain tiède n'a pas son action stimulante et son efficacité est très douteuse dans les dothiéntéries graves.

Ziemssen emploie le bain tiède progressivement refroidi. La température initiale du bain est inférieure de 5 à 6° à la température du malade, puis, à l'aide d'eau froide, le bain est graduellement refroidi à 20°, en 20 ou 30 minutes.

Ziemssen associe aux bains le calomel au début de la maladie, l'antifébrine comme antipyrétique. Il obtient une mortalité de 12,5 p. 100. Bouchard emploie, également, avec la quinine et les antiseptiques

intestinaux, les bains tièdes, progressivement refroidis, mais il n'abaisse pas leur température au-dessous de 30°.

Les bains progressivement refroidis trouvent surtout leur application chez les personnes âgées, dans les formes très adynamiques, ou à la période avancée de la maladie, quand il y a affaiblissement du cœur.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE L'ANTIPYRÈSE HYDRIATIQUE

Il est hors de conteste que la médication hydriatique a notablement abaissé le chiffre de la mortalité des typhoïdiques.

La fièvre typhoïde traitée par l'expectation donne un taux mortuaire de 18 à 20 p. 100 (Murchison, Jacoud), et ce chiffre était celui des hôpitaux de Paris jusqu'en 1882.

De 1882 à 1888 la mortalité est de 14, 1 p. 100 avec un mouvement de 28, 290 typhiques. Ce progrès coïncide avec la substitution de la médication antipyrétique à l'expectation et aux purgatifs. Mais la mortalité s'abaisse encore avec la méthode de Brand, le traitement par les bains froids ayant donné, pour l'année 1889 un taux mortuaire de 9, 90 p. 100.

A Lyon, sur 233 typhiques traités plus ou moins rigoureusement par les bains froids, Tripier et Bouveret ont eu vingt morts, soit une mortalité de 8,5 p. 100.

A l'hôpital de la Croix-Rousse la mortalité avait été de 26 p. 100, de 1866 à 1872, avec un traitement simplement tonique ; de 16,5 p. 100, de 1878 à 1881,

avec les premiers essais de la méthode de Brand ; elle devait tomber à 7,3 p. 100, de 1882 à 1885, grâce à l'application rigoureuse de ce traitement.

Les résultats sont encore meilleurs dans les hôpitaux militaires et dans la clientèle privée. Dans l'armée allemande, où la méthode de Brand est le traitement réglementaire, la mortalité, qui était, en 1873 de 11 à 12 p. 100, est tombée, en 1879 et 1880, à 9 p. 100, en 1883 et 1884 à 7, 7 p. 100.

En ce qui concerne la clientèle privée, Brand n'accuse qu'une mortalité de 0 à 1 p. 100.

La supériorité de la méthode pour les typhiques des hôpitaux militaires et de la clientèle privée est due à deux causes principales : les militaires et les malades de la ville sont traités tout de suite et leur santé est meilleure ; les malades des hôpitaux civils sont tardivement mis en traitement et leur résistance organique est moindre en raison du surmenage, de la mauvaise alimentation, de l'alcoolisme.

De ces circonstances, la plus importante est la précocité ou le retard du traitement.

Dans sa dernière publication (1887), Brand est arrivé au total de 19.017 cas avec une mortalité de 7, 8 p. 100. Ce chiffre dit mieux que tout commentaire la supériorité de sa méthode.

Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil sur le traitement des typhiques à l'hôpital civil de Toulon et sur la mortalité que nous y avons constatée, nous sommes effrayé en comparant notre statistique aux dernières statistiques de typhiques traités par les bains froids.

Sur nos 15 observations, nous avons 11 morts, c'est-à-dire une proportion de près de 75 pour 100.

Le traitement suivi par les typhiques était celui-ci :

La fièvre était combattue par le sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme par jour.

Deux lavements boriqués assuraient une antisepsie relative de la dernière portion du gros intestin. Si la diarrhée était trop abondante, l'acide lactique était donné à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

Plusieurs lotions froides dans la journée. Quelquefois le drap mouillé.

Enfin traitement des symptômes. Comme alimentation, du lait, du bouillon, de la limonade ou tisanes.

Peut-être sommes-nous tombés sur une série de cas très graves, à forme maligne ; mais il n'en est pas moins vrai que, si la méthode de Brand avait été rigoureusement appliquée dès le début de la maladie, le taux mortuaire n'aurait, sans nul doute, jamais atteint ce chiffre si élevé. Il faut donc espérer qu'en attendant la découverte d'un sérum vraiment spécifique, la méthode de Brand sera universellement adoptée dans tous les hôpitaux et principalement à l'hôpital civil de Toulon.

CONCLUSIONS

I. — Il est incontestable que la fièvre typhoïde revêt, à l'hôpital civil de Toulon, une malignité toute particulière.

Cette malignité se manifeste indépendamment des symptômes cardiaques, pulmonaires et des phénomènes ataxo-adyamiques précoces.

a). — Par un pouvoir agglutinant très faible, la courbe agglutinante ne dépassant qu'exceptionnellement 1 pour 100.

b). — Par l'apparition de rash affectant des formes variées.

c). — Par une mortalité excessive qu'on ne constate dans aucune autre statistique.

II. — Nos quinze observations cliniques semblent prouver que la courbe agglutinante peut être, comme la courbe thermique et la marche du pouls, un élément important de pronostic.

III. — En l'absence de méthode séro-thérapique, il est de toute nécessité, dans les formes sévères et malignes de la fièvre typhoïde, d'instituer systématiquement et dans toute sa rigueur, la méthode de Brand.

Vu :

Le président de la Thèse,
SOULIER.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGELI (P.). — Thèse Paris, 1900. — Etude des rash scarlatiniformes de la fièvre typhoïde.

CATRIN. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 16 octobre 1896.

COURMONT (P.). — Cent cas de séro-diagnostic. *Presse Médicale*, 30 janvier 1897.

— Répartition de la substance agglutinante chez les typhiques. Société de Biologie, 19 février et 20 mars 1897.

— Signification de la réaction agglutinante chez les typhiques. Séro-pronostic de la fièvre typhoïde. Thèse, juillet 1897.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, tome IV.

— Communication faite à l'Académie de Médecine 7 juillet 1896.

GRÜBER. — Communication faite au 14^e Congrès allemand de médecine interne, 9 avril 1896.

HAYEM. — Sur la persistance de la propriété agglutinante du sérum des typhiques après chauffage à 57°-59°. *Société médicale des Hôpitaux*, 8 janvier 1897.

NICOLLE et HALIPRÉ. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 25 juillet, 1896, p. 354.

PFEIFFER et KOLLE. — Zur differential Diagnose der typhusbac, vermittelt serums der gegen typhus immunisirten

Thiere. (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*), 19 mars 1896, p. 185.

RENDU. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 4 juillet 1896.

ROBIN. — *Traité de Thérapeutique appliquée*, fascicule IV.

TRIPPIER et BOUVERET. — *Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*.

WIDAL. — *Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde*. *Société Médicale des Hôpitaux*, 26 juin 1896; et Congrès de Nancy, 6 août 1896.

— *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1897.

TABLE

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE.....	7
CHAPITRE II. — SÉRO-DIAGNOSTIC. — TECHNIQUE..	10
CHAPITRE III. — DE LA SUBSTANCE AGGLUTINANTE...	13
CHAPITRE IV. — DE LA MENSURATION DU POUVOIR AGGLUTINANT. — SÉRO-PRONOSTIC.....	16
CHAPITRE V. — DIVERS TRAITEMENTS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — STATISTIQUES	61
CONCLUSIONS.....	73
